

ORGANIZAÇÃO DA PRÁTICA MÉDICA: QUE FALE O PACIENTE*

MOEMA MIRANDA DE SIQUEIRA**

1. *Introdução*; 2. *Apresentação*; 3. *Objeto e marco teórico*; 4. *A resposta dos pacientes*.

1. *Introdução*

Este trabalho teve por objetivo a compreensão do processo de organização da prática médica no Brasil, em dois níveis. No primeiro deles, mais abrangente, procurou-se estudar, historicamente, a organização da prática médica no País, identificando-se o papel exercido pela entrada do Estado no mercado de produção de serviços de saúde e as conseqüentes alterações nas modalidades de prestação de serviços médicos.

Em um segundo nível de análise, o trabalho partiu da consideração de que as relações de poder que ocorrem na sociedade como um todo se reproduzem entre as modalidades da prática médica organizada. A medicina prestada teria um valor diferente em grupos ou frações de classes específicos, variando também a relação médico-paciente. Supôs-se que as variações seriam tanto objetivas (acesso a consulta, medicamentos e tratamentos, esperas, escolha médica, controle burocrático e duração da consulta) quanto em termos das percepções subjetivas acerca do funcionamento organizacional e do atendimento recebido.

Para tanto, procurou-se levantar dados em unidades de prestação de serviços de saúde de três modalidades básicas: medicina liberal, previdenciária e empresarial, tratando-as comparativamente, ouvindo os pacientes sobre suas expectativas e opiniões em relação às práticas vivenciadas.

Considerou-se como prática médica liberal aquela que é realizada a partir de livre-escolha do médico pelo paciente; envolve o acordo direto entre o doente e o médico quanto a honorários, e o pagamento direto destes honorários ao médico (ausência de intermediário). Apesar de numericamente tendendo a se reduzir, e restando, no Brasil, como privilégio de pequena minoria, esta modalidade foi estudada como forma em extinção e que, provavelmente, vem modificando algumas de suas características básicas como mecanismo de sobrevivência.

Stricto sensu, definiu-se, operacionalmente, para fins da pesquisa, a modalidade previdenciária como aquela gerada por serviços próprios do Instituto Na-

cional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), excluindo-se os serviços conveniados de qualquer natureza.

Definiu-se, ainda, medicina empresarial ou de grupo como aqueles serviços de saúde organizados de forma empresarial, englobando o sistema de pré-pagamento pelo beneficiário e as diversas modalidades de convênio com as empresas industriais.

Não se teve a pretensão de esgotar o objeto de estudo, mas principalmente fornecer a opinião dos pacientes sobre alguns aspectos da organização da prática médica em Belo Horizonte.

Como a análise pretendida não era quantitativa, não houve grande preocupação em se definir uma amostra estatisticamente significativa. O número de unidades de cada modalidade a integrar a amostra foi limitado a três, a partir da identificação dos Postos de Primeiro Atendimento Médico (PAM) de adultos, próprios do Inamps, em Belo Horizonte, na época da pesquisa. Entrevistou-se aleatoriamente os pacientes que compareceram a cada uma das unidades amostrais, em horários variados, no intervalo de uma semana.

Em virtude do fluxo de demanda ser diferencial, tanto em intensidade quanto em termos de horários, sendo mais intenso e contínuo na medicina previdenciária, seguindo-se a medicina empresarial, e bem menor e descontínuo na medicina liberal, ocorreu variação no número de pacientes entrevistados em cada modalidade. Assim, a amostra ficou constituída de 252 pacientes, entrevistados no segundo semestre de 1980, sendo 147 da medicina previdenciária, 86 da medicina empresarial e 19 da medicina liberal.

Considerando a premissa de planejamento de serviços de saúde, segundo a qual a maioria da demanda de cuidados médicos pode ser satisfeita adequadamente em ambulatório (embora consciente das distorções dessa premissa a nível da prática), definiu-se como objeto de observação empírica as primeiras consultas ambulatoriais de nível primário. No caso dos PAM, o estudo, portanto, limitou-se aos Serviços de Pronto Atendimento (SPA).

2. *Apresentação*

Nosso interesse pela organização da prática médica no Brasil surgiu durante a vivência de seis anos de trabalho de planejamento em instituições públicas de saúde. Nelas, ocupando cargos que nos colocaram bem mais perto dos dirigentes que dos dirigidos, algumas contradições fundamentais do sistema foram-se revelando: o aumento crescente dos gastos com saúde e sua relação com a "medicalização" da sociedade e com a privatização da medicina; a interferência do Estado para reduzir desigualdades no mercado de prestação de serviços de assistência médica e a cristalização de hierarquia da clientela, conforme possibilidades de consumo, reforçada pela própria ação do Estado; as novas modalidades da prática médica constituindo, de um lado, oportunidade de ampliação de cobertura e, de outro, sustentação da medicina privada; o relacionamento da organização da prática médica com o modo de distribuição de poder da sociedade; os novos valores decorrentes da situação de assalariamento do profissional médico frente à ideologia liberal.

* Este artigo é um resumo da monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais como parte dos requisitos à obtenção do título de Mestre em Administração.

** Socióloga e administradora pública. Professora adjunta da UFMG e doutoranda da USP. (Endereço da autora: Rua Artur Itabirano, 45 — Pampulha — 30.000 — Belo Horizonte, MG).

Entretanto, despertou-nos a atenção, principalmente, a distância entre o discurso lógico, racional e técnico da burocracia institucional e as necessidades dos pacientes, objeto virtual último do discurso.

Esta constatação não significa um preconceito ou uma denúncia da má-fé no discurso e nas práticas assistenciais, ou, menos ainda, uma acusação ética aos profissionais médicos. Reconhece, no entanto, a existência de contradições que, embora venham sendo objeto de estudos de diversas linhas e orientações, ainda comportam análises e revisões. No presente trabalho, ao lado da tentativa de se estudar o processo de burocratização da medicina em uma perspectiva histórica, pretendeu-se ouvir o paciente, admitindo-se que a prática por ele vivenciada pode ser percebida singularmente, pois “a população visitada não é receptáculo passivo de políticas ditadas a nível ministerial”.¹

A palavra de ordem do debate da saúde no momento — participação — justifica o estudo das respostas dos pacientes. Até aqui as discussões sobre os cuidados médicos têm focado mais o hospital que o paciente, esquecido quase sempre nas eruditas e complexas discussões do fato institucional de saúde.²

Percebe-se, paralelamente, a dificuldade prática que os pacientes encontram, em especial os previdenciários, de se pronunciar sobre suas necessidades de saúde, suas aspirações e frustrações, intimidados com a “precisão” e “confiabilidade” do discurso técnico-burocrático. Além disso, o caráter ideológico da relação médico/paciente — qualificação/submissão — acionado pelas normas, discursos e ritos das instituições médicas, tornam mais difícil ao paciente expressar suas opiniões.³

Segundo Berlinguer, já se observa na Itália uma certa mudança no enfermo solitário, sem consciência das causas sociais de sua própria doença e sem vontade de removê-la, no sentido de se converter em sujeito ativo.⁴

Como o Estado mobiliza oficialmente, através de seus aparelhos, os discursos institucionais,

Que fale aqui o paciente!

3. Objeto e marco teórico

Em termos substantivos, o tema central e a abordagem adotados neste trabalho não são novos.

As modificações que a medicina, como profissão e, principalmente, como prática social, vem sofrendo, têm sido objeto de estudos de diversas tendências.

No entanto, ao lado de uma revisão histórica dessas transformações, tanto do ponto de vista estrutural — modo como a sociedade se organiza para a produção, distribuição e realocação de bens escassos — como do ponto de vista

¹ Loyola, Maria Andréa. Medicina popular. In: Guimaraes, Reinaldo. *Saúde e medicina no Brasil — contribuição para um debate*. Rio de Janeiro, Graal, 1978. p. 225.

² Thomson, G. H. et alii. Municipal Hospital Care. *Care Inter Health*, (126): 673-8, Oct. 1970.

³ Silva, Maria da Glória R. da. *Prática médica: dominação e submissão — uma análise institucional*. Rio de Janeiro, Zahar, 1976.

⁴ Berlinguer, Giovanni. *Medicina y política. Papel social del médico — el conflicto entre ciencia, conciencia e interes*. Buenos Aires, Ediciones Cuarto Mundo, 1970.

político — maneiras pelas quais os diferentes grupos da sociedade participam ou não do processo de distribuição social da riqueza —, tentou-se aqui ouvir o paciente sobre o atendimento prestado tanto na modalidade tradicional da prática médica — medicina liberal — quanto nas modalidades burocráticas — medicina previdenciária e empresarial.

Inicialmente, a expansão da demanda de saúde foi vista como decorrente do processo de criação, na sociedade capitalista, de um conjunto de direitos e deveres civis, políticos e sociais — entre os quais a saúde se colocou — que configuraram a cidadania. Muitas instituições foram então organizadas para viabilizar a igualdade formal exigida pela cidadania. O Estado, do tipo preconizado por Weber — racional-legal — apresenta-se como capaz de nivelar interesses e garantir a impessoalidade formalística indispensável à efetivação de oportunidades iguais.⁵ E, sob a égide do Estado, todo o sistema social tende a burocratizar-se, tornar-se racional e administrado por critérios de eficiência. A análise da organização da prática médica, sob o ponto de vista estrutural, mostrou que, de um lado, essas modificações ampliaram o campo de normatividade da medicina, incluindo variáveis de bem-estar social, e, transformando-a em bem vendável, aumentaram os investimentos no setor, correspondentes aos progressos científicos e técnicos da indústria de equipamentos e medicamentos. De outro lado, a divisão do trabalho e a especialização crescente, implícitos na necessidade de se garantir maior eficiência ao sistema, atingiram a medicina como profissão, assim como afetaram historicamente a totalidade das profissões tradicionalmente liberais, significando perda de autonomia no mercado. Do antigo médico de família, capaz de guardar em uma maleta de mão todo seu arsenal terapêutico, resta um profissional ultra-especializado, que tem, entre ele e o objeto de seu trabalho, todo um conjunto altamente custoso de recursos de diagnóstico e tratamento.

Em seguida, adotando-se o enfoque político, ficou claro que a prática médica, que se organiza socialmente, apresenta variações conforme se destine aos diferentes grupos sociais. Para esta análise, pareceu insuficiente recorrer-se apenas ao referencial da estratificação em classes, porque poderia obscurecer o entendimento de modalidades específicas da prática médica. Optou-se, então, pelo enfoque que considera as classes como bloco com fissuras, ou seja, com grupos internos nem sempre homogêneos, sendo papel fundamental da burocracia estatal o de aglutinar e organizar a pluralidade concreta dos diferentes grupos que compõem a classe dominante, zelando pela compatibilização dos interesses divergentes. A burocracia estatal sustenta a dominação através do controle dos recursos, diretamente ou garantindo esse controle aos grupos privilegiados, e é fiadora da situação de desigualdades de acesso dos demais grupos aos recursos.

A compreensão das origens e funcionamento do Estado autoritário burocrático no Brasil, indispensável à análise da prática médica no País, no momento presente, partiu do aprofundamento do modelo exposto. Mostrou a emergência de um Estado mais abrangente, mais repressivo, mais burocrático, que penetrou na sociedade civil para garantir uma nova dominação, excluindo os setores populares e mantendo novos padrões de crescimento econômico, ligados aos interesses das grandes organizações públicas e privadas, nacionais e estrangeiras.

⁵ Weber, Max. *Theory of social and economic organizations*. New York, Oxford University Press, 1947.

A análise histórica da organização dos serviços de saúde no Brasil, sob o enfoque estruturalista, apresentou a evolução da interferência do Estado como responsável não só pela desarticulação da medicina liberal, como pelo desenvolvimento de modalidades empresariais da prática médica. Foram mantidas com o Estado as atividades menos rentáveis e o financiamento do consumo, garantindo o mercado para a medicina empresarial.

Introduzindo-se a perspectiva política na análise histórica, procurou-se responder à questão fundamental sobre quem é beneficiado ou prejudicado nas diferentes modalidades da prática médica. Constatou-se que a saúde, embora aceita como valor universal (de todos os cidadãos), teve sua prática organizada em função de interesses específicos de grupos da sociedade civil (particularismo). O Estado, frente à dificuldade de viabilizar a ampliação de cobertura, sem gerar alterações estruturais, institucionalizou a desigualdade na distribuição dos serviços médicos, vistos como benefício outorgado, ao invés de como direito, para compensar desequilíbrios sociais, através da hierarquização das categorias sociais conforme possibilidades de consumo. As reformas no sistema previdenciário, ao invés de promoverem a equidade nos serviços médicos e alterarem seu caráter compensatório, reforçaram a hierarquização de consumo, através de "patamares de cidadania", definindo desde o cliente particular (minoria privilegiada), passando pelos "conveniados" (beneficiários da medicina empresarial) e pelo "jarcaré" (termo pejorativo empregado em relação aos pacientes previdenciários usuários dos serviços próprios do Inamps), até o indigente (aquele que ainda não tem cobertura previdenciária e que seria atendido pela rede de serviços dos governos federais — Fundação Serviços de Saúde Pública (Fsesp) —, estaduais e municipais). Além de ter sua origem, em parte, na fragilidade política dos trabalhadores, impossibilitados de formular e impor, como classe, uma política nacional de saúde que atendesse a seus objetivos comuns, esta estrutura hierarquizada de consumo vai reforçar a divisão de interesses no interior dos grupos dominados. As recentes manifestações sociais de reivindicação criam expectativas otimistas quanto à capacidade de arregimentação da sociedade civil.

Complementando-se a visão histórica, utilizou-se a análise do discurso como instrumento esclarecedor das diferentes situações de poder das modalidades assistenciais estudadas. A partir de três categorias discursivas escolhidas — extensão de cobertura, livre escolha e racionalização dos serviços de saúde — concluiu-se que a lógica do discurso institucional, decorrente do papel do Estado de fiador das desigualdades sociais, produz respostas diferentes conforme a modalidade da prática médica. Assim, a categoria "extensão de cobertura", cujo objetivo mais geral é o da universalização do direito à proteção e à recuperação da saúde mediante a oferta e garantia de acesso espacial e social de serviços à população, tem tido o efeito político e social de beneficiar, em última instância, os interesses sociais dominantes. Tem representado oportunidade de expansão do mercado e redução das incertezas da demanda para a medicina empresarial e até liberal, sem alterar a concentração espacial e principalmente social da oferta. As condições de seu desenvolvimento estão ligadas ao "cálculo do dissenso" ou à taxa de injustiça socialmente tolerada frente ao montante de concessões feitas aos setores dominantes. Portanto, mesmo quando a cobertura médica se estendeu, quer como resposta à necessidade de reprodução da força de trabalho frente ao processo de produção econômica, quer em virtude de momentos particulares de desenvolvimento a nível político, verificou-se a seleção de grupos sociais a serem incorporados à atenção médica, conforme seus significados para o processo econômico

e político, e a diferenciação das modalidades sociais da medicina, voltadas para diferentes tipos de ações, conforme as diferentes clientela, de caráter "liberal", "conveniada" ou "estatal".

Descentralizar, para a medicina previdenciária, implicaria a expansão da rede ambulatorial das grandes cidades em direção à periferia. Nossa pesquisa mostrou que a maioria dos convênios continua sendo com clínicas localizadas nas regiões centrais. Na medicina privada, a desconcentração tem acarretado a transferência dos consultórios para zonas mais "nobres" que os centros, ganhando em conforto e sofisticação. A medicina empresarial luta com a contradição de ter de atender a grupos de clientes diferentes em termos de renda e de exigências de atendimento: aqueles do sistema de pré-pagamento, em geral oriundos da classe média, e os trabalhadores beneficiários dos convênios empresariais, para os quais a proximidade do atendimento é fator fundamental da extensão da cobertura.

Já a categoria de "livre escolha", instrumento ideológico básico da medicina liberal tem, na medicina empresarial, sua amplitude restringida pelo conceito adjetivado de "escolha limitada" (que se faz apenas dentro de lista de profissionais credenciados) e muito pouco significa para a medicina previdenciária. Os defensores da medicina previdenciária alegam que os doentes nem sempre têm condições de avaliar a competência particular do médico e a distribuição geográfica, as especializações e as situações de emergência são variáveis concretas mais significativas na escolha que a liberdade de optar. Utilizando-se a análise das relações econômicas envolvidas no ato terapêutico, a categoria discursiva mostrou perda ainda maior de significado prático, na medida em que o tipo de relação médico/paciente aparece como função muito mais do pagamento efetuado que da escolha propriamente dita. Ou, em outras palavras, mesmo nas situações de credenciamento universal, tendo o previdenciário a oportunidade de escolher o médico de sua confiança, o tipo de relação seria diferente daquele do cliente particular, caso o preço da consulta, reembolsado pelo sistema previdenciário, fosse menor do que aquele pago pelo cliente particular.

A análise da categoria discursiva de "racionalização dos serviços de saúde" mostrou que, tendo surgido como imperativo técnico para maior eficácia organizacional, a racionalização tornou-se instrumento ideológico do capitalismo monopolista, cujos custosos equipamentos impõem amplas unidades de produção e condicionam a organização de estruturas burocráticas altamente hierarquizadas para garantia de controle. No entanto, a burocratização é vista, pelo grupo médico, como limitação de independência, e seus controles denunciados como incompatíveis com aspectos considerados intrínsecos à profissão médica, como o segredo, a liberdade de prescrição e a própria qualidade da atenção, no caso em que o número pré-fixado de consultas para uma jornada de trabalho restringe o tempo destinado a cada atendimento. Sua prática, ao invés de inovadora, vem reforçando a manutenção das relações sociais, na medida em que "racionalizar" implica ações diferentes em cada uma das modalidades sociais da medicina. Reduzir custos, por exemplo, significa, na medicina previdenciária, tentativa de conciliar recursos limitados e necessidades de investimentos para extensão de cobertura; na medicina empresarial, incremento de lucros financeiros; na cooperativa médica, compatibilização de objetivos contraditórios de aumento de produção e diminuição de despesas.

4. A resposta dos pacientes

A avaliação da prática médica nas diferentes modalidades assistenciais, a nível estrutural, pode ser melhor entendida recorrendo-se à definição ampliada do poder de Blau, em sua teoria de intercâmbio. Reconhece ela que a maneira mais comum de firmar poder, embora não a única, é prover bens necessários. A exigência fundamental para a manutenção do poder é assegurar a dependência contínua pelos serviços que se supre, barrando o acesso a outras alternativas de satisfação daquelas necessidades. Os recursos escassos são disputados pelas classes e grupos sociais, através de suas instituições correspondentes, na arena política.⁶

O conceito de eficiência organizacional torna-se função essencial da posição de barganha da organização em relação aos recursos escassos e valiosos que ela utiliza ou necessita.⁷ A habilidade em explorar o ambiente organizacional é o maior indicador de eficiência. Este referencial é valioso na análise do desenvolvimento das modalidades da prática médica no Brasil.

A medicina privada pura, em decorrência do próprio processo de burocratização da medicina, vem perdendo, em termos relativos, o lugar privilegiado que historicamente assumiu. Este foi sendo assumido, quantitativamente, pela medicina previdenciária e, mais recentemente, pela medicina empresarial.⁸

A medicina privada continua, no entanto, aparecendo como aquela que ocupa a posição de honra em termos de qualidade da atenção prestada. Esta, inclusive, justifica e legitima o preço de seus serviços, envolvendo maior presteza no atendimento, maior interesse pelo paciente e mais eficiência na resolução dos problemas.⁹

A medicina previdenciária, por outro lado, é frequentemente apresentada pelos órgãos de comunicação e pelos defensores da medicina liberal como de má qualidade, sujeita a longas esperas, sem possibilitar um bom relacionamento médico-paciente, e ineficiente em termos de resolução de problemas.

Portanto, conforme esclarece Stinchcombe, a distribuição diferenciada de poder na sociedade determina a posição e o papel da organização no estrato organizacional respectivo.¹⁰ O papel atribuído ao participante no interior das organizações também reproduz esta posição.¹¹

Assim, definidos social e institucionalmente o papel e a posição da medicina liberal, previdenciária e empresarial ao nível organizacional da prática médica, suas clientelaes específicas têm seus limites restringidos por aquele espaço social.

⁶ Blau, Peter M. *Exchange and power in social life*. London, John Wiley, 1964.

⁷ Yuchtman, Ephraim & Seashore, Stanley E. A system resource approach to organization effectiveness. *American Sociological Review*, New York, Official Journal of the American Sociological Society, 32 (5): 891-903, Dec. 1967.

⁸ Gentile de Mello, Carlos. *Saúde e assistência médica no Brasil*. São Paulo, Cebes, Hucitec, 1977.

⁹ Kassab, Pedro. Editorial. *Revista da Associação Médica Brasileira*. Rio de Janeiro, AMB, 23, (4), abr. 1977.

¹⁰ Stinchcombe, Arthur L. Social structure & organizations. In: March, James G. *The handbook of organizations*. Chicago, Rand Mchally, 1965.

¹¹ Em artigo intitulado As instituições e o poder (*Tempo Brasileiro*, Rio de Janeiro, Ed. Tempo Brasileiro, (35): 3-33, out./dez. 1973), Carlos Enrique Escobar afirma que as instituições têm seus lugares marcados não a partir delas, mas do papel a elas atribuído numa dada estrutura social. Um médico, um policial, um pai, um professor, um mestre-de-obras, não conseguem "apagar" seus lugares com um ato voluntário.

De outra perspectiva, utilizando-se um nível de análise interpessoal, pode-se concluir que o cliente particular dispõe de poder contratual a opor ao poder técnico do médico, mantendo, ao nível dos respectivos papéis, a relação em um plano de reciprocidade.¹²

Ocorreria uma alteração no poder do médico, na medida em que se tornasse depositário de outro poder, o poder econômico. O valor social deste poder correspondendo a um valor monetário que é pago pelo cliente particular afetaria o grau de submissão do cliente ao poder médico. Em contrapartida, na relação de tipo previdenciário ocorreria um aumento do poder arbitrário do médico frente a um "beneficiário", cuja própria condição de usuário do serviço de saúde aparece como decorrente de beneplácito institucional.

A atitude do médico em relação ao doente também variaria, segundo se tratasse de um cliente particular ou previdenciário, incluindo a duração da visita e, portanto, a precisão do diagnóstico e a validade de indicação terapêutica, além de o encontro entre o particular e o médico (mediado pelo pagamento) ser, se não entre iguais, pelo menos entre integrantes de uma mesma elite.¹³

A resposta dos pacientes pode esclarecer algumas dessas afirmações. Em termos de perfil demográfico, os pacientes entrevistados, agrupados pelas categorias de cobertura, não apresentaram diferenças significativas. A distribuição por sexo foi equitativa nas três categorias pesquisadas e, em relação à idade, houve uma concentração maior de entrevistados na faixa etária ativa, entre 21 e 60 anos, destacando-se a faixa de 21 a 40 para a categoria de previdenciários e de empresas médicas.

Quanto às profissões, utilizando-se os grupamentos da escala de Hutchinson,¹⁴ observa-se a maior incidência do grupo I (habilidades manuais, semi-especializadas, inspeção e supervisão de nível inferior), sendo que na categoria particular o grupamento 2 (inspeção e supervisão de nível superior) aparece também com certa frequência (31,5%), sendo inexpressivo nas demais.

Uma explicação para a prevalência da faixa etária mais ativa e das profissões menos especializadas na medicina previdenciária e empresarial estaria na procura do médico para fornecer o atestado de ausência ao serviço, indispensável para evitar o desconto do dia de falta ao trabalho. Pela Portaria nº MPAS 1.722, de 25 de julho de 1979, os médicos ou dentistas do Inamps, de empresas, instituições públicas e paraestatais que mantenham contrato e/ou convênios com a Previdência Social poderão também fornecer o atestado para o abono de faltas. A justificativa da portaria fundou-se na desburocratização do processo e na tentativa de descongestionar o atendimento nos postos do Inamps.

As normas relativas à nova filosofia do Serviço de Primeiro Atendimento (SPA), reformuladas pela Orientação de Serviço nº SAM-399.53, de 4 de fevereiro de 1975, refletem claramente a preocupação em minimizar a competência para atestar simplesmente o comparecimento do paciente ao posto ou sua incapacidade para o trabalho, valorizando o objetivo de tentar resolver o caso apresentado. No entanto, na prática, o SPA, de acordo com informações dos próprios

¹² Basaglia, Franco. A instituição da violência. In: *La Institución negada*. Trad. de Jaime Pomar. Barcelona, Bairral, 1972. p. 129-69.

¹³ Berlinguer, Giovanni. op. cit.

¹⁴ Hutchinson, B. *Mobilidade e trabalho: um estudo da cidade de São Paulo*. Rio de Janeiro, Centro de Estudos e Pesquisas, 1960.

administradores e também dos pacientes, funciona praticamente como triagem, dificultando o acesso às consultas especializadas, e como fornecedor de atestados.

A avaliação quantitativa dos dados de atendimento (tabela 1) apresenta uma realidade diferente. Em termos objetivos formais, a eficiência dos SPA tem sido louvável. A maioria dos casos foi resolvida. Embora o PAM Sagrada Família tenha encaminhado a tratamento especializado (ETE) e fornecido guia de inter-
nação (GIH) a um número bem superior de pacientes que nos demais PAM, ainda assim o número de casos resolvidos foi apreciável. No entanto, as estatísticas não revelam, as observações e conversas deixaram entrever, um número grande de casos computados como resolvidos inclui a concessão pura e simples do atestado. Esta constatação, ao contrário do que à primeira vista pode parecer, não significa a ineficiência do serviço. Sua avaliação se torna mais fecunda utilizando-se o conceito de eficiência anteriormente proposto.

O papel não declarado dos SPAs na medicina previdenciária é singular. De um lado, devem funcionar como triagem aos serviços especializados ambulatoriais do próprio Inamps, reduzindo suas demandas, responsáveis pelas enormes filas, apresentadas à opinião pública como atestado de ineficiência do sistema. De outro, acabam canalizando parte desta demanda para um atendimento *a posteriori*, em serviços mais sofisticados, muitas vezes com os pacientes em quadro clínico agravado, premiando a medicina privada, conveniada e até liberal.

O atendimento prestado (caso resolvido?) é quase sempre no sentido de considerar o indivíduo apto ou não para o trabalho. Os cuidados prescritos são para torná-lo capaz de trabalhar.

O SPA, portanto, tem um papel quase simbólico e cerimonial em termos de resolução de problemas médicos, mas fundamental e estratégico em termos da posição e do *status* da medicina previdenciária no ambiente organizacional dos serviços de saúde.

Seu espaço é político, refletindo, de um lado, as demandas dos trabalhadores por melhores condições de vida, apresentadas sob a forma de queixas de doenças, às vezes até inventadas, como meio de luta contra as relações de trabalho; de outro, expressando as ações de controle institucional.

Para a medicina empresarial, o problema de atestado adquire ainda maior significado. Diretamente financiada pelo aparelho produtor, dele depende para sua sobrevivência. Entre os argumentos de sua propaganda, o maior controle do absenteísmo (reprodução ampliada da força de trabalho) aparece com destaque.¹⁵ Portanto, o seu conceito de eficiência não está ligado ao número de atendimentos e menos ainda aos problemas médicos resolvidos (não seria este o objetivo formal de um serviço de saúde?), menos incidência de tais ou quais doenças, mas principalmente o menor número de licenças ou abonos concedidos. O objetivo, desta vez, é essencialmente recuperar o indivíduo para o trabalho.

¹⁵ Segundo palavras do Dr. Hugo Vitorino Alguéres, então Secretário dos Serviços Médicos do Ministério da Previdência e Assistência Social, na abertura do 1.º Congresso Brasileiro de Medicina de Grupo (São Paulo, 1978), entre os argumentos que a medicina empresarial pode utilizar para defender seu papel social estão: maior produtividade da força de trabalho; melhores níveis de saúde aos economicamente ativos; maior renda da remuneração do trabalho pelo salário indireto correspondente ao custeio assistencial; menor absenteísmo da força de trabalho; menores flutuações dos índices de produção.

Tabela 1
Atividades dos serviços de primeiro atendimento (SPA) nos postos de assistência médica do Inamps, em Belo Horizonte, em 1980*

Postos	Atendimentos																	
	Casos atendidos			Casos resolvidos			Casos encaminhados											
	Segurado	Dependente	Total	Segurado	Dependente	Total (%)	Segurado	Dependente	Total (%)	Segurado	Dependente	Total (%)						
PAM/Sagrada Família	—	—	6.484	1.924	750	2.674	41,20	510	250	760	11,70	—	1.500	23,10	—	1.550	23,90	
PAM/Padre Eustáquio**	1.553	4.477	6.030	1.226	4.150	5.376	89,15	309	274	583	9,67	11	51	62	1,03	7	9	0,15
PAM/Campos Sales	3.744	1.297	5.041	2.964	987	3.951	78,38	757	307	1.064	21,10	17	3	20	0,40	6	6	0,12

Fonte: SAMEs dos PAM pesquisados. Os dados foram fornecidos pelos SAMEs e organizados e trabalhados na pesquisa para compor a tabela.

* Média mensal do segundo semestre de 1980, fornecida pelas chefias administrativas dos respectivos PAM com base em seus boletins estatísticos.

** Inclui atendimento de pediatria, que funciona em regime de SPA.

Obs.: O PAM Sagrada Família não dispunha de dados de casos atendidos e casos encaminhados desagregados por segurado e dependentes. Não houve encaminhamento e tratamento especializado (ETE) de dependentes no PAM Campos Sales (ver coluna de total e a de dependentes).

Outro ponto que merece análise é o papel da variável tempo, percebida por Perrow como bastante significativa na dinâmica organizacional.¹⁶ O controle do comportamento organizacional muito deve a esta variável em termos de jornadas, produtividade e até *status* dos grupos que a usam com maior ou menor flexibilidade.

Nas categorias da prática médica aqui estudadas, a variável tempo é considerada estratégica. Um dos principais argumentos utilizados pelo grupo profissional médico e, a partir daí, internalizado pelos pacientes, nas lutas reivindicatórias junto à Previdência Social, refere-se à pouca disponibilidade de tempo para o atendimento do número formalmente predeterminado de pacientes. Para a jornada de trabalho médico de quatro horas, o Inamps distribui 20 fichas de primeiro atendimento (SPA) e 14 de consulta especializada ou 16 para a jornada de seis horas. Isto acarreta a média de 12 minutos por primeira consulta e 17 minutos para consulta especializada (22 minutos, no caso daqueles que fazem jornada de seis horas), considerada, pelos médicos, como insuficiente para um atendimento adequado e transformado em principal bandeira de luta contra as condições de assalariamento, especialmente público, já que o Inamps é o grande alvo das críticas. O argumento-chave dos dias nacionais de paralisação, realizados no primeiro semestre de 1981, centrou-se nessa reivindicação e nas críticas ao sistema médico-previdenciário. No entanto, ao se levantar dados de duração de consulta nas três modalidades estudadas (tabela 2 e gráfico 1) observou-se que não há grandes diferenças em termos de tempo destinado a consultas na medicina previdenciária e empresarial, embora nessa última o maior número de consultas tenha durado entre seis a 10 minutos e na medicina previdenciária a duração modal tenha sido de cinco minutos.

Os dados revelaram, pois, que, na medicina previdenciária, os 12 minutos teoricamente disponíveis para uma consulta, e que são considerados insuficientes, de acordo com os indicadores teóricos e com as reivindicações do grupo médico, nem sempre estavam sendo utilizados. Já na medicina liberal, a maioria das consultas excedeu os 20 minutos de duração, apesar de não ter passado muito dos 30 minutos. Note-se que na medicina empresarial, para uma jornada de três horas de trabalho, o médico recebe 12 fichas, tendo, portanto, 15 minutos disponíveis para cada consulta. Aliás, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), este seria o tempo padrão (indicador teórico) considerado adequado às consultas da medicina de massa.

Parece que os problemas relativos a tempo e finalidade da atenção médica são mais profundos do que à primeira vista aparentam.

Ainda em relação à variável tempo, a espera para o atendimento foi sempre menor que 30 minutos na medicina liberal, estando em torno de meia hora na empresarial e de uma hora e uma hora e meia na medicina previdenciária, onde ocorreu espera de até seis horas. Ressalte-se que a pesquisa se referiu apenas às consultas de caráter generalista, sabendo-se que, no caso das consultas especializadas, a espera na medicina previdenciária atravessa as noites. Também aqui, a ressalva de outras variáveis envolvidas na espera, como condições em que a mesma se dá, razões, contextos, chama a atenção para o perigo de conclusões apres-

¹⁶ Perrow, Charles B. *Análise organizacional — um enfoque sociológico*. São Paulo, Atlas, 1976.

Tabela 2

Duração da consulta de pacientes da medicina liberal, empresarial e previdenciária, em Belo Horizonte, em 1980

Modalidades	Duração da consulta												Total														
	0 — 5'		6 — 10'		11 — 15'		16 — 20'		21 — 25'		26 — 30'			31 — 35'		38 — 40'		41 — 45'		46 — 50'		51 — 55'		56 — 60'			
	fi	(%)	fi	(%)	fi	(%)	fi	(%)	fi	(%)	fi	(%)		fi	(%)												
Medicina liberal	—	—	—	—	3	15,8	—	—	4	21,1	5	26,4	3	15,8	1	5,2	1	5,2	—	—	—	—	—	—	2	10,5	19
Medicina empresarial	25	29,0	31	36,0	20	23,3	3	3,5	5	5,8	1	1,2	1	1,2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	86
Medicina previdenciária	92	62,6	41	27,9	13	8,9	1	0,6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	147
Total	117		72		36		4		9		6		4		1		1		—	—	—	—	—	2		252	

Fonte: As tabelas 2, 3, 4, 5 e 6 foram geradas a partir dos dados levantados na pesquisa direta realizada pela autora para esse trabalho (entrevistas com os pacientes e com chefias).

sadas e a necessidade de estudos mais aprofundados que desvendem as contradições.

Entre as razões alegadas pelos pacientes previdenciários para a procura daquele serviço e não de outro, a proximidade foi a mais citada. Considerando-se a relativa concentração dos serviços do Inamps na área central de Belo Horizonte, é de se supor que parcela significativa das necessidades de saúde da população trabalhadora (coberta pela previdência social) não está sendo satisfeita.

Indagados sobre aspectos da escolha médica, ficou claro que a atenção dispensada pelo profissional ao paciente é variável, mais significativa que a competência profissional, provavelmente mais difícil de ser percebida, pelo menos pelos previdenciários (tabelas 3 e 4).

Estes dados vêm confirmar a constatação de Boltanski, em suas pesquisas, mostrando que os critérios utilizados pelos membros das classes populares para estabelecer suas preferências sobre tal ou qual médico são geralmente emocionais (interesse comunicativo), enquanto os membros das classes superiores o fazem com base em titulação e reputação.¹⁷ A escolha do médico de sua preferência difere, portanto, conforme a classe social do doente, sendo mais deliberada e utilizando critérios legitimados pelo próprio grupo médico nas classes superiores, enquanto nas classes populares a distância geográfica aparece como dos critérios mais importantes.

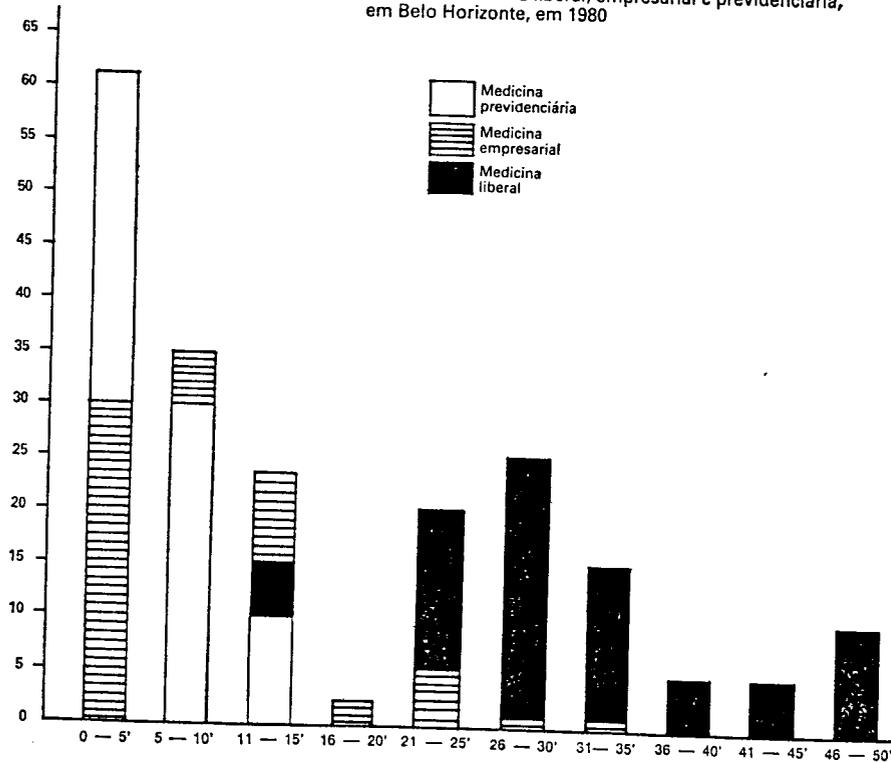
A avaliação da competência, na ausência de critérios específicos, é feita mediante conceitos difusos, usados cotidianamente na apreciação de outrem: a "amabilidade", a "boa-vontade", a "complacência". Por isto, mais frequentemente que os membros das classes superiores, os de classes populares citam o "devotamento" e o "tempo consagrado ao doente" como indicadores de eficiência. Inversamente, são os que menos importância atribuem às qualidades específicas de profissional, principalmente à exatidão do diagnóstico. "São particularmente sensíveis aos 'modos' do médico, porque têm aguda consciência da distância social que os separa do médico e porque pressentem que a relação médico-paciente é uma relação de classe e que o médico adota comportamentos diferentes conforme a classe social do doente."¹⁸

Na verdade, considerando-se os recursos físicos instalados (consultórios) e o número de turnos em funcionamento nos SPA (3), ter-se-ia, com base na capacidade médica e no número de fichas que cada um atenderia por turno (20), uma produtividade virtual/dia de 420 atendimentos de SPA no posto da Sagrada Família; 530 no Padre Eustáquio e 600 no Campos Sales. Tomando-se por base a média de 22 dias úteis, a produtividade virtual/mês seria de 9.240, 11.880 e 13.200, respectivamente, para o PAM Sagrada Família, Padre Eustáquio e Campos Sales. No entanto, a produção no período analisado foi, na mesma seqüência, de 4.300, 6.030 e 5.472, o que determinou uma taxa de ociosidade superior a 50%, no conjunto.

Uma das razões estaria nas vagas existentes no quadro de médicos, explicadas pela administração dos postos como decorrentes da lentidão na contratação, feita

Gráfico 1

Duração da consulta de pacientes da medicina liberal, empresarial e previdenciária, em Belo Horizonte, em 1980



¹⁷ Boltanski, Luc. *As Classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

¹⁸ Id. *ibid.* p. 37.

Tabela 3

Importância da escolha médica para os pacientes previdenciários, em Belo Horizonte, em 1980

Postos	Variáveis												Total
	Não têm preferência	Não				Sim							
		Não adianta escolher, os médicos são todos iguais	Não sabe qual é o melhor	Outros	Sub-total	Para escolher um médico, que é atencioso	Para ser atendido pelo mesmo médico	Para escolher o de confiança (amigo)	Para escolher um que dá atestado	Outros	Não sabe	Sub-total	
Sagrada													
Família	5	1	6	1	8	15	2	17	0	0	0	34	47
Padre													
Eustáquio	1	4	2	1	7	16	9	15	1	1	2	44	52
Campos													
Sales	2	1	2	0	3	18	11	11	0	2	1	43	48
Total	8	6	10	2	18	49	22	43	1	3	3	121	147

Fonte: Ver tabela 2.

Tabela 4

Percepção de pacientes previdenciários sobre escolha médica, em Belo Horizonte, em 1980
(Se tivesse que voltar escolheria outro médico? Por quê?)

Postos	Variáveis												Total
	Não têm preferência	Não					Sim						
		Foi atencioso	É um bom médico (competente)	Está acostumado com ele fazendo tratamento	Outros	Sub-total	Não foi atencioso	Foi muito rápido	Não foi bom — não resolveu	Não receitou remédio	Outros	Sub-total	
Sagrada													
Família	10	20	9	3	2	34	0	1	2	0	0	3	47
Padre													
Eustáquio	9	13	6	9	1	29	9	1	2	1	1	14	52
Campos													
Sales	5	25	10	4	0	39	1	0	0	0	3	4	48
Total	24	58	25	16	3	102	10	2	4	1	4	21	147

Fonte: Ver tabela 2.

a nível central, e do desinteresse do grupo profissional em trabalhar para o Inamps, em virtude da má remuneração e, em alguns casos, do rigor exigido no cumprimento de horários e tarefas. Informou-se, inclusive, que os médicos, logo após serem contratados para o trabalho em postos de atendimento, iniciam gestões visando serem transferidos para atividades burocráticas nos órgãos da administração central, já sobrecarregada.

Apesar de se reconhecer as más condições de trabalho também nas situações de assalariamento dos médicos, pode-se questionar a alegação do desinteresse desse grupo profissional por emprego no Inamps, se outra razão não houver, pelo menos considerando-se a realidade do mercado de trabalho que já apresenta número significativo de profissionais desempregados ou exercendo outras atividades não-médicas.¹⁹ Parece, inclusive, que as condições de trabalho aí não são piores que as de outras modalidades da prática médica. Apenas o espaço institucional público aparece mais permeável ao desenvolvimento de lutas em seu interior do que, por exemplo, o das empresas privadas, onde a demissão, eficaz mecanismo de controle, é realizada com maior imediatismo.

Os dados levantados parecem também confirmar o controle mais rigoroso, em função de custos, com os exames subsidiários na medicina previdenciária e empresarial. Dos pacientes previdenciários atendidos, 63,94% não receberam pedidos de exames e na medicina empresarial este total chegou a 69,78%. Já entre os particulares, apenas 36,84% não tiveram de fazer exames. Possivelmente, a percepção de maior segurança diagnóstica e, portanto, de eficiência, ligada a uso de exames complementares, é responsável por sua maior demanda entre os clientes particulares.

Em todas as modalidades, os exames de rotina prevaleceram, o que parece explicável por se tratar de consulta não especializada.

Enquanto 70% dos pacientes previdenciários receberam prescrição de medicamentos, só a metade dos pacientes particulares e de empresa médica o receberam. Provavelmente, a espera do resultado dos exames solicitados influencia o dado, pelo menos na medicina liberal.

A maioria dos pacientes das três modalidades assistenciais declarou-se satisfeita com os atendimentos e, das queixas formuladas (tabela 5), mais uma vez entre os previdenciários a pouca atenção foi a mais citada (52%), coerente com os dados de razão da escolha, já analisados, enquanto na medicina empresarial a espera para o atendimento foi a de maior incidência. Somente um paciente particular queixou-se do atendimento.

Já nas sugestões apresentadas (tabela 6), a maior presteza para o atendimento concentra a preferência dos dois grupos de pacientes, englobando as sugestões a respeito de horários, maior número de médicos, extensão dos horários de funcionamento, plantões etc. A simples apuração de dados de produtividade dos recursos dos postos do Inamps estudados (quadro 1), observados seus próprios critérios de funcionamento, permite verificar uma subutilização que, caso superada, atenderia parte das sugestões.

¹⁹ As escolas médicas estão lançando anualmente no mercado de trabalho, já em crise, 19 mil novos médicos.

Tabela 5

Queixas de pacientes sobre o atendimento da medicina empresarial e previdenciária, em Belo Horizonte, em 1980

Unidades	Variáveis						Total
	Não têm queixa	Sim					
		Muito rápida	Demora para ser atendido	Muita burocracia	Falta de atenção/interesse médico	Outros	
Medicina empresarial	77	—	5	2	2	—	9
Medicina previdenciária	122	1	4	2	14	4	25
Total	199	1	9	4	16	4	34
							86
							147
							233

Fonte: ver tabela 2.

Tabela 6

Sugestões apresentadas por pacientes da medicina empresarial e previdenciária para melhorar o atendimento, em Belo Horizonte, em 1980

Unidades	Variáveis										Total
	Não têm sugestões	Sugestões									
		Maior atenção do médico	Redução das esperas	Maior número de médicos	Médicos mais pontuais	Reduzir burocracia	Postos mais perto	Mais remédios	Outros	Subtotal*	
Medicina empresarial	64	3	5	3	4	2	2	—	5	24	88
Medicina previdenciária	62	9	51	17	4	4	6	4	7	102	164
Total	126	12	56	20	8	6	8	4	12	126	252

Fonte: ver tabela 2.

* Foram computadas as sugestões dadas por uma mesma pessoa.

Quadro 1

Capacidade e utilização de recursos nos serviços de primeiro atendimento (SPA) dos postos de assistência médica (PAM) do Inamps, em Belo Horizonte, em 1980

Postos	Variáveis											
	Capacidade institucional					Produção Atual*	Taxa de produtividade	Número de médicos	Produtividade virtual/dia	Produtividade virtual/mês	Taxa de produtividade	Coeficiente de produtividade/dia médica
	Número de consultórios (A)	Número de turnos (B)	Capacidade de médica (A x B)	Produtividade virtual/dia (C)	Produtividade virtual/mês (D)							
PAM/Sagrada												
Família	7	3	21	420	9.240	4.300	-53,46	9	180	3.960	+8,58	21,71
PAM/Padre**												
Eustáquio	9	3	27	540	11.880	6.030	-49,24	4 >21 17	420	9.240	-34,74	13,05
PAM/Campos												
Sales	10	3	30	600	13.200	5.472	-58,55	15	300	6.600	-17,10	16,58
Total	26	3*	78	1.560	34.320	15.802	-53,96	45	900	19.800	-20,20	15,96

* Média mensal, com base em dados dos boletins estatísticos dos SAMEs dos PAM (segundo semestre de 1980). Os dados foram trabalhados pela autora.

** A pediatria é incluída no sistema de SPA.

Obs.: (C) — (D) Calculada com base no n.º de fichas que são distribuídas para cada médico de SPA = 20 por jornada de trabalho.

(F) — (G) Para o cálculo mensal utilizou-se a média de 22 dias úteis.

(F) = $\{100 - [(E) \div (D)].100\}$ (J) = $\{100 - [E] \div (I)].100\}$

Calcula-se a coluna (K) dividindo-se a produção atual, coluna (E), pelo n.º de médicos existentes no Posto, coluna (G), e em seguida pelo número médio de dias úteis (22), achando-se o coeficiente de produtividade/dia por médico e por posto (que pode estar acima ou abaixo do indicador de 20 fichas por jornada de trabalho).

Ainda com base no quadro 1, para o cálculo foram considerados inicialmente os recursos físicos instalados (consultórios), o número de turnos em funcionamento em cada SPA e o número fixado institucionalmente de atendimentos por médico em cada jornada de trabalho (20). Isto permitiu obter-se a produtividade virtual/dia (capacidade teórica de atendimento, caso todos os consultórios estivessem ocupados em todos os turnos) = 420 no SPA da Sagrada Família, 540 no Padre Eustáquio e 600 no Campos Sales. Tomando-se por base a média de 22 dias úteis, a produtividade virtual/mês seria 9.240, 11.880 e 13.200, respectivamente para os PAM Sagrada Família, Padre Eustáquio e Campos Sales. No entanto, a produção no período analisado foi, na mesma seqüência, de 4.300, 6.030 e 5.472, o que determinou uma taxa de ociosidade superior a 50% no conjunto.

Forçosamente, as conseqüências desta taxa de ociosidade terão sido maiores esperas, crescimento das filas e mesmo retorno de pacientes às suas casas sem terem sido atendidos.

A análise da produtividade dos recursos humanos justifica-se tendo em vista a sua consideração como um dos insumos básicos, já que representam 3/4 do gasto total com assistência médica, de vez que a empresa de saúde caracteriza-se pelo emprego intenso de trabalho e não pelo uso intenso de capital.

Quanto à percepção satisfatória dos atendimentos, sua explicação pode estar ligada à tradição de submissão das classes populares. Mereceria um estudo mais profundo que, a partir da história da participação política desses grupos no Brasil, analisasse o reflexo da difusão da idéia de atenção à saúde como benefício outorgado, antes que direito, no Estado burocrático autoritário, legitimando a hierarquia de consumo ("patamares de cidadania") e restringindo qualquer contestação a suas práticas.²⁰ A partir de pesquisa sobre a opinião do público norte-americano em relação a serviços essenciais do Governo, Ianowitz e seus colegas concluíram que, em certa medida, esses serviços são aceitos porque o público não vê alternativas.²¹

Estão, portanto, sendo eficientes as modalidades sociais da medicina, no sentido de que têm sido hábeis em explorar o ambiente organizacional e se manter em seus respectivos lugares, produzindo, inclusive, os bens ideológicos necessários às suas respectivas posições. À medida, porém, que novas formas de organização da sociedade civil se efetivarem, este quadro poderá mudar.

Summary

The paper tries to study the medical practice in its liberal, social welfare and enterprising modalities, going from the historical analysis of its transformation in the capitalism system, particularly in Brazil, till the listening to the patient about his perceptions and expectations on the organizational performance and medical care.

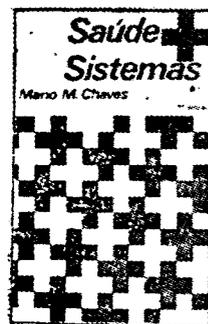
²⁰ O "INPS é uma mãe. O que havia de ser de nós sem ele?" Palavras de um previdenciário na fila de espera de atendimento médico do Inamps.

²¹ Janowitz, Morris; Wright, Deil & Delany, William. Administração pública e o público. In: Etzioni, Amitai. *Organizações complexas*. São Paulo, Atlas, 1973.

Besides the information given as a sample of the three modalities studied, the paper also analyses some categories of the institutional medical speech — co-venture extension, free-choice and racionalization of health care — as a comparative instrument of the different situations, concluding that the social modalities of medicine have been preserving and even reinforcing a hierarchy of consumption in health care.

PROBLEMAS MUNDIAIS

TRATADOS POR QUEM SABE



Saúde e Sistemas
Mario M. Chaves
3ª edição — 1980



A Paz e o Pão
A. Fonseca Pimentel
2ª edição — 1971



O Coração e a Saúde
(livro de bolso da Unesco nº 7)
F. Soler Sabarís (coord.)
1ª edição — 1977

Nas livrarias da FGV
ou pelo Reembolso Postal

O PLANO DE REORIENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: UMA ANÁLISE DE SUA COERÊNCIA, FACTIBILIDADE, VIABILIDADE E DESENHO DA ESTRATÉGIA*

HELOISA MARIA MENDONÇA DE MORAIS**
OVIROMAR FLORES***

1. Introdução; 2. O Plano-estrutura e método; 3. Análise de coerência; 4. Análise de factibilidade; 5. Análise de viabilidade; 6. Desenho da estratégia.

1. Introdução

O Plano de Reorientação da Assistência Médica da Previdência Social constitui a proposta instrumentadora da atual política de racionalização do setor saúde no Brasil. Esse plano revela questões a nível estratégico e a nível ideológico, que refletem o conflito de interesses que se tem manifestado nas tentativas de reorientação das práticas médicas em nossa sociedade.

Nos últimos 20 anos, as oportunidades de formulação do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), do Programa Nacional dos Serviços Básicos de Saúde (Prevsauúde) e do plano do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) constituem momentos fundamentais, quando são elaboradas propostas racionalizadoras para o setor saúde e, no conjunto delas, é possível identificar o curso de proposições mais progressistas marcadas por diferentes graus de legitimidade, em função da especificidade histórica dos momentos em que são formuladas.

Ainda que seja durante a década de 30 que se operam no Brasil aquelas transformações que lhe permitem a passagem de um modelo agrário-exportador para um processo de industrialização, é mais exatamente a partir do golpe militar de 1964 que se dá o seu aprofundamento e a sua reinserção no sistema capitalista monopolista, o que significa a reorientação do Estado brasileiro rumo ao intervencionismo. Isto implica mudanças de cunho estrutural e conjuntural para a sociedade brasileira, e para o setor saúde significa o aceleração do processo de transformação das práticas de saúde, já em andamento.

* O presente trabalho foi elaborado a partir de debates e discussões de grupo de trabalho integrado por participantes do II Curso Internacional em Política e Administração de Saúde para a América Latina e o Caribe, promovido pela Escola Brasileira de Administração Pública (EBAP) da Fundação Getúlio Vargas, no período de 26 de setembro a 2 de dezembro de 1983. O referido grupo de trabalho foi integrado por Heloisa Maria Mendonça de Moraes, Oviromar Flores, Eduardo Rivera e José Rodrigues.

** Médica sanitária. Prof.^a da Universidade Federal de Pernambuco. (Endereço da autora: Rua Barão de Itamaracá, 98, apto. 1.401 — Recife, PE.)

*** Sociólogo. Técnico do Ministério da Saúde. (Endereço do autor: SQN 307, Bloco H, apto. 209 — Brasília, DF.)

Este fenômeno da transformação das práticas de saúde delinea-se durante um dos períodos mais democráticos da nossa sociedade, o qual se estende de 1945 a 1964, e chama a atenção para o processo de politização da força de trabalho brasileira, mais propriamente do contingente de assalariados, a qual não obtém respostas às suas reivindicações em relação à qualidade e extensão da Previdência, em face do que a Saúde Pública revelou-se, também, destituída de soluções efetivas.

Por sua vez, as transformações científicas e tecnológicas operadas na época determinam uma elevação no custo da assistência à saúde, alteram os padrões de utilização de medicamentos, dos serviços para diagnósticos e dos equipamentos médicos. Em síntese, operam-se modificações na própria concepção do ato médico, o qual se subdivide e se especializa, provocando a diferenciação da mão-de-obra empregada e centralizando-se no hospital.

A este fenômeno, que se denomina “capitalização da medicina”, referem-se as nossas políticas financeiras, administrativas etc., que orientam e conformam as políticas para o setor saúde e para o setor social como um todo, relacionadas aos aspectos de caráter estrutural e conjuntural já referidos.

É nesse quadro que se entende a relegação da saúde pública a um plano secundário no setor saúde, bem como as reformas sucessivas no plano da previdência social, após a sua unificação, as quais, segundo Braga e De Paula, veicularam propostas de:

- assegurar a predominância de empresa privada na prestação de atenção médica, tecnificando o ato médico;
- constituir empresas capitalistas no setor, promovendo o assalariamento dos profissionais da área;
- ampliar a arrecadação através do aumento da contribuição da previdência e extensão de cobertura;
- centralização da questão financeira por parte do Estado”.¹

Se as propostas para o setor saúde na década de 60 apresentam características extremas de capitalização da medicina, coerentes com o direcionamento das nossas políticas econômicas, na década de 70 (especialmente a partir de 1974) observa-se que o Estado retoma de uma forma mais contundente a formulação de políticas de saúde como forma de, através de políticas sociais, assegurar a hegemonia da classe dominante e a reprodução e manutenção da força de trabalho, agora já sentindo fortemente o efeito do fracasso do milagre econômico proposto pelos promotores do golpe de 1964.

É nessa época (1974) que, conforme Madel Luz, “as instituições de Estado começam a ser lentamente penetradas pela racionalidade”, o que significa que “tomando-se o plano e o planejamento como indicadores da importância de um setor do Estado, poder-se-ia considerar a saúde como um setor menor”.²

É claro que esta racionalidade do Estado, no caso do setor saúde, instala-se a partir da crise do capitalismo mundial e, no plano interno, a partir da baixa

¹ Braga, J. C. & Goes de Paula S. Saúde e Previdência. In: *Estudos de Política Social*, Rio de Janeiro, Cebes/Hucitec, 1981. p. 97.

² Paim, Jairnilson. As políticas de saúde e a conjuntura social. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, Cebes (15/16), fev. 1984.

eficácia, custos crescentes e limitada cobertura da assistência médica, assim como do fracasso do modelo econômico, a perda de legitimidade do Estado, as reivindicações dos movimentos sociais e a manifestação de contradições no sistema de saúde.

Nessa direção estabeleceram-se legislações próprias e os Programas de Extensão de Cobertura (PECs), que basicamente destinavam-se a setores sem acesso aos serviços médicos e sobre os quais não incidiam interesses da rede privada. Dessa forma, entre outros, são propostos o PIASS e o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, ocorrendo, no plano do discurso, a metabolização, pelo Estado, de propostas de saúde consideradas as mais progressivas, que atentavam para a questão da democratização do setor saúde.

O PIASS, enquanto proposta racionalizadora, situada na conjuntura dos anos 70, originalmente destinava-se a atender 23 milhões de habitantes do Nordeste, distribuídos em áreas onde a medicina privada não mantinha interesses, detentores da menor renda *per capita* do país e portadores dos mais cruciantes problemas de saúde, além de constituir um contingente populacional significativo para o partido do Governo, então ameaçado pelos resultados das recentes eleições no país. Esta situação garantiu-lhe a viabilidade, e o PIASS passa a constituir a oportunidade de, via extensão de cobertura, racionalizar o setor saúde em termos de implantar uma rede, e instrumentá-la técnica e administrativamente.

O Prev-Saúde, por sua vez, caracteriza a retomada das propostas anteriores de racionalização do setor saúde no momento de "redemocratização" do país (1980), fundamentando-se nas diretrizes gerais veiculadas pela OMS e aprofundando o plano ideológico da saúde na sociedade brasileira, dando forma ao período a que Teixeira e Oliveira³ denominam como o de "crise ideológica" da Previdência Social, na medida em que sua proposta provocou a manifestação explícita de todas as organizações cujos interesses estavam em jogo nesse plano.

O Prev-Saúde, enquanto caracterizador de um dos momentos da crise da Previdência, referido pelos dois autores, é antecedido por um outro período, que é o da "crise financeira", já tratado por diversos autores, e seguido por um terceiro, o da crise institucional, que caracteriza o momento da formulação do plano do Conasp.

Conforme Paim, o Prev-Saúde apresentava três objetivos:

- 1) extensão da cobertura por serviços básicos de saúde a toda a população;
- 2) reorganizar o setor público da 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;
- 3) promover a melhoria das condições gerais do ambiente, com ênfase em sistemas simplificados de abastecimento d'água e em medidas sanitárias necessárias ao controle da esquistossomose e da doença de Chagas.⁴

O terceiro momento ("crise institucional"), segundo Teixeira e Oliveira,⁵ "decorre do fato de o próprio Governo assumir como estratégia o alardeamento da

³ Teixeira, S. M. F. & Oliveira, J. A.A. 1980, 1981, 1982... O clímax da crise: transparência da estrutura de poder. In: *Previdência e Assistência Médica no Brasil*. Rio de Janeiro, 1983. mimeogr.

⁴ Paim, J. op. cit. p. 10.

⁵ Teixeira, S. M. F. & Oliveira, J. A.A. op. cit.

crise, como forma de obter a legitimação das suas propostas junto à população, a qual se conscientiza da ineficiência e irracionalidade da Previdência Social". Para a solução desta questão, as propostas oscilaram desde a passagem da assistência médica para o Ministério da Saúde, alocando-a no âmbito da saúde pública, até o seu extremo oposto: transformação desses serviços em seguro-saúde privado.

O conjunto dessas propostas reflete, explicitamente, a conjuntura em que se situam, a qual força o Governo a perseguir o consenso diante da remota possibilidade de solução da crise, o que o leva à criação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde da Previdência Social, com vistas à racionalização da prestação de assistência médica e contenção dos seus custos correntes, propondo, conforme Paim:

1. Prioridade às ações primárias com ênfase nas assistências ambulatoriais.
2. Integração das instituições estaduais, federais e municipais num sistema regionalizado e hierarquizado.
3. Utilização plena da capacidade de produção.
4. Estabelecimento de níveis e limites orçamentários.
5. Administração descentralizada de recursos.
6. Participação complementar da iniciativa privada.
7. Critérios racionais para prestação de serviços públicos e privados para melhoria das condições de atendimento.
8. Simplificação do pagamento de serviços de terceiros, com controle dos órgãos públicos.
9. Racionalização na prestação de serviços de custo elevado.
10. Implantação gradual da reforma com reajustes eventuais.⁶

2. O Plano — estrutura e método

A consideração do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social chama a atenção para o tipo de regime político e para o Estado brasileiro, na medida em que se caracteriza por um conjunto de propostas formuladas para fazer frente a uma situação de crise, muito mais estrutural do que simplesmente financeira, do setor saúde.

Considerado o caráter autoritário do Estado brasileiro, através do qual entende-se a solidão dos planejadores (tecnocratas) no exercício da formulação desse plano, revela-se o esforço da tecnocracia da saúde em modernizar o setor como parte da estratégia de manutenção da hegemonia do bloco dominante no poder.

Um dos seus argumentos, apresentado como justificativa na introdução do documento, revela, por exemplo, a visão institucional sobre a finalidade da assistência médica da Previdência: "Cumprir reconhecer-se, também, que o trabalhador brasileiro passou a encarar os serviços médicos da Previdência como um pecúlio amealhado com o seu trabalho e como um complemento de seu salário. Assim, a Previdência Social e sua Assistência Médica é hoje um dos pilares sustentadores da paz social no Brasil."⁷

⁶ Paim, J. op. cit. p. 13.

⁷ Ministério da Previdência e Assistência Social. Reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social. Gráfica do Inamps, 1983. p. 14.

Se é verdade que a insatisfação da população brasileira, no que se refere à assistência médica que lhe é proporcionada, manifesta-se na totalidade dos usuários, este fenômeno parece não refletir apenas uma reação quanto à qualidade dos serviços, mas uma questão que remete ao próprio fenômeno da cidadania da população brasileira, quando a assistência médica previdenciária, além de ser duplamente financiada pelos trabalhadores de menor poder aquisitivo, representa um inalienável e decantado direito universal desses grupos sociais. Dessa forma, a visão dos benefícios da Previdência Social enquanto complemento salarial, além de onerante, revela-se falaciosa.

Isto posto, é importante considerar que entre os componentes básicos do planejamento (visão do futuro, objetivos, ações necessárias para atingir os objetivos e existência dum sujeito), o sujeito que elabora e executa o plano é quem lhe atribui o caráter e a direção, já que lhe confere cor e forma no sentido de afastá-lo de uma irreal neutralidade. Nessa linha, o planejamento do setor saúde, no caso, manifesta-se como eminentemente político, considerando que suas diretrizes mostram um conjunto de valores, que se expressam através dos objetivos do plano, e os caminhos a serem seguidos para o atingir.

Miglioli, a este respeito, manifesta-se da seguinte forma: "O sujeito aparente é o órgão de planejamento, mas na verdade o sujeito é o próprio Estado para o qual aquele órgão trabalha."⁸

Ora, se a visão de Estado implica uma sociedade dividida em classes, o que orienta o planejamento é, logicamente, o interesse da classe, ou fração de classe, que detém o poder sobre os demais ou que exercita a busca da hegemonia sobre elas, implicando, dessa forma, uma abrangência mais ou menos ampla desses planos, na medida da expressão das contradições que se estabelecem entre elas no seio do Estado, no que parece residir a questão da superficialidade do plano, a qual revela-se como funcional.

Portanto, se a informação das proposições desse plano são direcionadas pelas questões ligadas diretamente à conjuntura brasileira, o que significa serem determinadas pelas relações de poder que se estabelecem no interior da nossa sociedade, cabe considerar o processo desencadeado para sua formulação e implantação.

Conforme Testa, um plano de saúde constitui "um conjunto de propostas acerca de que fazer cotidianamente para enfrentar los problemas que se presentan en este terreno".⁹ Isto supõe a consideração das condições de saúde dos grupos sociais a que se destinam as ações de saúde planejadas, as quais são, basicamente, portadores de três níveis de intenções de crescimento ou reprodução; de mudança e de legitimação.

Supõe-se, também, que as mudanças dar-se-ão a partir da confrontação entre essas condições de saúde mencionadas anteriormente e a estrutura de serviços existentes, a qual, em se referindo a planejamento setorial, deverá atentar para os aspectos de eficiência e eficácia, entre outros. As aludidas mudanças, então, portam questões que se distribuem em três planos simultâneos: administrativo, ideológico e estratégico.

⁸ Miglioli, Jorge. *Introdução ao planejamento*. São Paulo, Brasiliens, 1982. p. 53.

⁹ Testa, M. *Planificación estratégica en el sector salud*. Caracas, Cendes/UCV, 1981. p. 19. mimeogr.

Ainda que se aceite que o planejamento constitua um conjunto de procedimentos universais, ele assume características específicas determinadas pelo próprio sistema econômico em que se insere, modificando o seu âmbito na medida da amplitude do setor em que é empregado também. Dessa forma, em relação ao planejamento, estabelecem-se leis gerais para todos os sistemas sócio-econômicos; leis próprias de cada sistema econômico em particular; leis comuns a tipos particulares, a superestruturas econômicas. Isto indica que o processo e a metodologia adotados no plano do Conasp estão sujeitos a leis de mercado claramente estabelecidas, através das quais se confrontam interesses da população com interesses ditados pela produção privada da tecnologia de saúde e equipamentos, pelos grupos privados de prestação de serviços e pela indústria farmacêutica.

Seu texto consta de cinco itens referentes a: I) Introdução; II) O modelo atual de prestação de serviços de saúde no âmbito da previdência social; III) Propostas reorientadoras da assistência à saúde previdenciária; IV) Estratégias de implementação do plano; V) Considerações finais.

A sua estruturação a partir de medidas de ordenação do setor saúde, mantidas constantes as demais variáveis (ou setores), não se orienta para uma análise político-econômica que indique sua viabilidade numa sociedade em profunda crise estrutural, imersa numa economia de recessão. O não-aprofundamento das questões referentes às condições de saúde da população brasileira, assim como o caráter descritivo do item referente ao modelo atual de prestação de serviços de saúde no âmbito da previdência social estão a indicar a opção por um "processo" de planejamento que assegura, até onde possível, o livre trânsito da proposta entre diversos interesses manifestos, hoje, no setor saúde na sociedade brasileira, o que significa que este processo de planejamento, além do espaço para as questões técnicas, deverá prover um campo próprio para a manifestação de cunho conjuntural, através do qual possa instrumentalizar-se e adquirir legitimidade. Isto posto, o processo de planejamento proposto deveria constar, fundamentalmente, de fases de:

- levantamento de dados;
- análise da situação concreta mais geral, na qual se insere o plano;
- formulação do plano;
- implantação do plano.

Especificamente em relação à formulação de um plano, tomando-se em conta os conceitos de Miglioli, dever constar de três itens fundamentais:

- "Proposição dos objetivos a serem atingidos;
- Formulação do modelo do plano;
- Formulação das medidas de implantação do plano."¹⁰

Quanto à proposição dos objetivos, verifica-se que o plano do Conasp não chega a desenvolver uma clara IO (imagem-objetivo), deixando-a difusa, o que impede de estabelecer e detalhar metas orientadas para um quadro de prioridades em saúde. A proposta se restringe apenas à reordenação da capacidade instalada e à rearticulação institucional do setor saúde, não chegando a esboçar

¹⁰ Miglioli, Jorge. op. cit. p. 60.

uma orientação desses meios, de forma a delinear uma estrutura de serviços necessária ao setor. Nesse ponto, ultrapassa-se o que Miglioli denomina de "simplificação excessiva do plano". "Parece que o procedimento dominante é o oposto — ou seja, a simplificação excessiva do plano no que se refere ao planejamento econômico dos países subdesenvolvidos. Nessa simplificação é costume apresentar como plano uma relação de objetivos a serem atingidos, o que vem a constituir apenas uma declaração de intenções. Em casos um pouco melhores, consta também, além da relação dos objetivos, um conjunto de medidas que se apresentam como instrumentos da implantação do plano, mas que, muitas vezes, não passam de subdivisões dos objetivos gerais em metas específicas" (. . .)¹¹

No que concerne à formulação das medidas de implantação do plano, em face do caráter difuso dos seus objetivos e do seu método, torna-se obviamente impraticável sua identificação. Teoricamente, ela ocorre durante as fases de elaboração e de implantação, quando as medidas seriam efetivamente postas em prática.

Se na estrutura desse plano nos ressentimos da falta dos elementos anteriormente citados, esta ausência torna-se mais aguda ao constatarmos a inexistência de elementos informadores para a tomada de decisão, no sentido do plano global. Isto é, o plano, de uma maneira geral, não revela, ou omite, um conhecimento anterior que o informe sobre:

- estado de saúde da população brasileira e seus fatores condicionantes;
- estrutura e funcionamento do sistema dos serviços de saúde;
- relações entre o produto do sistema dos serviços de saúde e as necessidades de saúde da população.

Considerada, então, a ausência de uma visão de futuro, de metas claramente estabelecidas e organizadas e de medidas concretas de implantação do Plano, este deixa de o ser, não ultrapassando o nível de uma análise do setor saúde e "(. . .) mesmo que essas medidas sejam formuladas, se elas não forem, contudo, efetivamente implantadas, todo o trabalho despendido até aí resultará apenas num pseudoplano, isto é, um trabalho que tem o aspecto formal de um plano, mas deixa de sê-lo verdadeiramente em decorrência de sua não-aplicação".¹²

Se, tecnicamente, a formulação e estruturação do Plano do Conasp não o caracteriza como "um plano", cumpre atentar para as condições em que se dá a sua elaboração, o que chama a atenção para o aspecto estratégico das omissões verificadas.

Nesta linha fica implícito, também, que, estrategicamente, os conflitos possíveis em torno do plano em estudo, pela particularidade que ele assume, deslocam-se do nível central (ou federal) para o estado, onde sua legitimação variará na medida das potencialidades de cada unidade federada para sustentá-lo, permitindo sua circulação e permanência diante de um conjunto de interesses divergentes.

3. Análise de coerência

A Organização Pan-americana de Saúde e o Centro Pan-americano de Planificação de Saúde¹³ sugerem um procedimento para a análise de coerência, procedimento este que pensávamos seguir neste trabalho. Contudo, ao nos determos nas proposições gerais do Plano de Reorientação, para estudar a lógica de cada uma *per se* — confrontar umas com as outras — e, em seguida, o conjunto delas com o conjunto das políticas, identificamos ambigüidades referentes à concepção finalística do Plano, que o permeiam por completo e que, por esta razão, vamos aqui nomear como ambigüidades de primeira magnitude. Se não, vejamos:

- a abordagem dual que faz acerca da questão saúde/doença;
- a forma através da qual trata as relações entre os setores público e privado do sistema de atendimento;
- a ausência de qualquer explicitação concernente à participação da população na condução do processo de reorientação do modelo médico-assistencial.

A primeira delas tem sido exaustivamente tratada na literatura médico-social quanto às distorções que acarreta, quer seja do ponto de vista conceitual, quer seja numa perspectiva operativa. No caso particular do Brasil, o enfoque dicotomizado da questão levou, entre outras distorções, a que fossem criados, no país, dois ministérios para se ocuparem da assistência médica. As atribuições que lhes compete, polarizadas entre saúde e doença, coletivo e individual, prevenção e cura, ficam bem expressas no documento técnico-administrativo que ora analisamos. Já na sua Introdução lê-se: "Na década de 70, a par da responsabilidade pela atenção à saúde individual, prestada por hospitais e postos de atendimento ambulatorial geral e especializado, o Inamps começa a se comprometer também com a prestação de serviços básicos de saúde, de acordo com a política de extensão de cobertura proposta pelo Governo, em consonância com diretrizes de organismos internacionais do setor"¹⁴ (grifos dos autores do artigo). Mas, nas Considerações finais encontra-se: "Assim, as proposições indicadas referem-se mais ao campo da assistência médica que propriamente à promoção da saúde e às ações sanitárias sobre o meio, embora se compreenda sua alta interdependência."¹⁵ Como se pode observar, enquanto a primeira citação denota a preocupação com os serviços básicos de saúde (o que incluiria as ações de prevenção e a intervenção sobre o meio-ambiente), a segunda retoma a clássica tendência previdenciária de valorizar a medicina assistencial em detrimento da saúde pública. É o próprio texto que define ser necessário "uma maior abrangência" para que o Plano "basicamente assistencial e previdenciário" possa dar conta de questões básicas de saúde. Problemas tais como a desnutrição e as doenças endêmicas, tradicionalmente tratadas no âmbito do Ministério da Saúde, não são vistos enquanto urgentes por comprometerem, substancialmente, o estado de saúde da população. Interessam sobretudo — sob a ótica da racionalidade que confere todo o colorido ao Plano — "pelo grande ônus que representam para o país e

¹³ Organização Pan-americana de Saúde & Centro Pan-americano de Planificação de Saúde. *Esquema para la formulación de políticas de salud*. Doc. n.º I/5-016. Chile, 1975.

¹⁴ Ministério da Previdência e Assistência Social. Plano de reorientação da assistência à saúde no âmbito de Previdência Social. p. 12.

¹⁵ Id. *ibid.* p. 34.

¹¹ Id. *ibid.* p. 62.

¹² Id. *ibid.* p. 62.

para a Previdência Social em particular (...), tendo em vista a imensa demanda assistencial que geram e o volume de benefícios que determinam”.

Sob tal enfoque e tendo em vista o conteúdo nitidamente ambivalente destes enunciados, como fica a atribuição dos níveis de competência para um ministério e outro?

Poder-se-ia, também, pensar que esta ambivalência respaldaria a inalteração do quadro institucional no qual o MPAS continuaria a exercer a dominância, conferindo tendências particulares a toda a política do setor.

A ambigüidade presente nas relações propostas para os setores público e privado encontra-se igualmente contemplada no decorrer do documento. Ainda na Introdução, diz que “a magnitude da problemática de atenção à saúde da população brasileira, a pluralidade de instituições envolvidas e os interesses em disputa não parecem recomendar *estratégias drásticas* (grifo nosso), que levem à polarização entre grupos da sociedade, especialmente no período de abertura política em que vive a nação. Esse embate, certamente, acabaria por comprometer qualquer proposta de mudança, por mais justa que pudesse ser”.¹⁶ Ora, que *estratégias tão drásticas* seriam estas? Só podemos inferir, pela leitura das sublinhas, estarem os proponentes do Plano recomendando cautela quanto à possibilidade de serem abalados os interesses do setor privado. Todavia, como pensar nesta cautela, na medida em que se propõe (...) a utilização das reais potencialidades dos primeiros e a utilização complementar dos segundos”? Seria possível fixar os limites segundo os quais as *estratégias* de mudança se tornariam ou não drásticas? Para nós, esta questão é substantiva, e a ambigüidade reside exatamente no fato de que todas as propostas de mudança se consubstanciam tão-somente nos discursos, sendo discretos os indicadores da reversibilidade da hegemonia do setor privado sobre o público. É difícil supor que nas atuais circunstâncias seja possível “aos ambulatórios públicos exercerem sobre os serviços e profissionais credenciados o controle da qualidade assistencial e da produtividade, de acordo com parâmetros preestabelecidos de cobertura populacional”.¹⁷ O que aparece percorrendo todo o conteúdo do *Plano* é a idéia de controle do setor público sobre o privado, faltando, contudo, a análise de viabilidade de tal proposição.

Quanto à terceira ambigüidade, o Plano nomeia, entre os princípios que deverão orientar a busca de seus objetivos, “a participação ativa dos vários segmentos da sociedade na condução do processo de reorientação do modelo médico-assistencial, assim como na sua gerência, nos níveis central, regional e local”¹⁸ sem qualquer explicitação da forma como isto ocorreria. Mas, já nas Proposições gerais, submete “a participação de outros órgãos e entidades representativas da sociedade” à condição de “quando viável (...).”

Colocada nestes termos, a questão da participação persiste obscura e duvidosa, sendo mais acentuada a presença no Plano, do compromisso com requisitos formais. Neste sentido, não fugiria à tendência observada nos documentos oficiais dos últimos 20 anos, período em que os planos de saúde dos países subdesenvolvidos aparecem com o acento nitidamente ideologizado da participação popular.

Do ponto de vista formal, metodológico, situaríamos a primeira ambigüidade como de natureza intra-setorial. A segunda e a terceira preencheriam condições tanto de intra quanto de extra-setoriais, e, exatamente por sua natureza articuladora com outros setores da política, estariam relacionadas com a coerência externa do Plano de Reorientação. São justamente estas últimas as que nos parecem fundamentais para a análise de coerência das proposições em si, ou delas no contexto global. Isto porque, mesmo quando estamos em busca da lógica interna de cada proposição ou confrontando umas e outras, remetemos sempre a um quadro de referência do que deve ser um Plano de Saúde, o qual, por definição, está sempre embasado ou finalmente determinado pela articulação inter-setorial, na medida em que “expresa los resultados técnicos-operacionales del análisis de coherencia externa de las proposiciones políticas y algunos aspectos del análisis de factibilidad”.¹⁹

Não nos parece reducionista a afirmação de que a análise das proposições gerais do Plano de Reorientação demonstra estarem elas principalmente dirigidas à regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, aos recursos humanos e ao financiamento e custos do setor. É que tais proposições, mesmo se aceitas como intrinsecamente coerentes ou guardando coerência entre si, apenas terão finalmente resolvida a sua coerência na medida em que sejam examinadas sob a ótica de sua articulação inter-setorial.

Assim sendo, poderíamos analisar os aspectos sintetizados a partir do conjunto das proposições, tendo como pano de fundo as ambigüidades que abordamos anteriormente e que foram, para efeitos deste trabalho, denominadas como de primeira magnitude. Antes, contudo, devemos ressaltar que, ao contrário do proposto pela OPS e pelo Centro de Planificação,²⁰ neste caso estamos fazendo o percurso de análise do Plano no sentido inverso ao que se fez na sua construção. Ou seja, estamos partindo da coerência para chegar à factibilidade, tendo em vista estarmos trabalhando uma proposta já acabada.

A regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde ficarão muito comprometidas num contexto incompatível de interesses públicos e privados, até porque é difícil admitir que sistemas independentes e de interesses contraditórios possam ser mutuamente hierarquizáveis. E, certamente, não lograrão materializar-se enquanto alguns destes interesses não forem equacionados, porquanto são vinculados ao planejamento social e, como tal, concernentes ao Estado. Também no âmbito das ambigüidades situam-se as proposições de racionalidade do controle dos custos, na medida em que a “implantação de um sistema de contabilidade”, decerto unificado enquanto proposição, suporia uma lógica também similar quanto à opção pela lucratividade através de ações de saúde. Igualmente incompatível com os rumos da política econômica do país, se constitui uma proposição que aponta para o “incremento da receita para a assistência à saúde” através de mecanismos que não supõem uma maior oneração da clientela. Aliás, a este respeito poderíamos lembrar as recentes notícias veiculadas pela imprensa, dando conta das intenções do novo ministro da Previdência em aumentar a alíquota dos contribuintes para “fazer frente ao crescente aumento dos gastos com

¹⁶ Id. *ibid.* p. 13.

¹⁷ Id. *ibid.* p. 13.

¹⁸ Id. *ibid.* p. 13.

¹⁹ Organização Pan-americana de Saúde & Centro Pan-americano de Planificação de Saúde. *op. cit.* p. 66.

²⁰ Id. *ibid.*

assistência médica”.²¹ Finalmente, quanto às proposições dirigidas à valorização dos recursos humanos, pensá-las em uma conjuntura de crise econômica parece um exercício de ficção. Caberia indagar como compatibilizar o estabelecimento de carreiras funcionais, o incentivo à dedicação exclusiva ao serviço público, o pagamento de salários justos, quando todas as recomendações governamentais apontam para a redução de gastos com pessoal. A propósito, recomendações deste teor tornam-se imperiosas quando emanam de acordos do Governo brasileiro com o Fundo Monetário Internacional, conforme foi recentemente divulgado.²²

No seu conjunto, as proposições gerais do Plano de Reorientação não convergem, tampouco se potencializam, na direção da implantação de uma rede, se não única, na forma referida nas proposições específicas, pelo menos unificada. Plenas que estão de contradições, conforme acabamos de demonstrar, nos permitem afirmar que o Plano de Reorientação requer coerência tanto intra quanto extra-setorial.

4. *Análise de factibilidade*

Não tomaremos a falta de coerência do Plano de Reorientação como uma questão excludente, tendo em vista a análise de factibilidade. Exercitaremos pensá-la até porque, como lembramos anteriormente, recomendam os autores seja esta a primeira etapa para a elaboração de um plano. Assim sendo, a possibilidade de cumprimento das suas proposições gerais e específicas será analisada de acordo com:

- tecnologia disponível;
- recursos: materiais (compreendidos aqui os equipamentos); humanos, financeiros; investimentos (correspondendo fundamentalmente aos dispêndios com a instalação da rede física);
- organização técnico-administrativa.

Tecnologia: o Plano de Reorientação se caracteriza por uma quase completa omissão a respeito da seleção de tecnologia, seus custos e a relação com a cobertura dos serviços de saúde. A omissão aparece como particularmente estranhável, no momento em que tanto se discute a respeito de uma tecnologia apropriada para a saúde.²³

Entendemos, como Cibotti,²⁴ que seu conceito deve ser considerado numa perspectiva relativa e dinâmica, isto é, tecnologia para todos os problemas em todos os níveis. Deve abranger a problemática de todo o setor saúde, isto é, ir além

da introdução de novas práticas e procedimentos nos diferentes âmbitos do setor, tomados isoladamente. Tal enfoque pressuporia uma análise crítica e sistemática do setor, de suas necessidades e das condições que determinam seu funcionamento. Contudo, como afirmam Campoamor e Veronelli,²⁵ “la adquisición de equipos y materiales es impuesta a la planificación/administración sin que esta esté en condiciones de discutir los beneficios. En más de una oportunidad innovaciones tecnológicas se difunden antes de que aparezcan estudios sobre sus indicaciones y beneficios y menos aún, evaluaciones sobre los resultados de su empleo”. Geradas que são nos países centrais e significando o uso intensivo de bens de capital sofisticados e de uma mão-de-obra com graus crescentes de especialização, seus altos custos terminam repassados aos países consumidores, agravando o problema da dependência tecnológica, acarretando graves distorções no planejamento de saúde e levando a clientela e os profissionais do setor a confundirem, equivocadamente, a qualidade da atenção médica com a sofisticação técnica da mesma. Acrescente-se, ainda, que as inovações tecnológicas em saúde não são substitutivas, o que quer dizer, para mais capital investido em equipamentos, mais trabalho é requerido.

De posse destes elementos, em que consistiria uma tecnologia apropriada à proposta do Conasp?

Caracteristicamente, no Brasil, o uso da tecnologia em saúde tem sido muito mais determinado pelos interesses das indústrias de equipamentos e medicamentos, nas suas relações com o setor privado, que por necessidades de saúde. Não é de admirar, portanto, que coexistam grandes massas de trabalhadores excluídas de seu consumo em qualquer grau, com outro tanto utilizando largamente a tecnologia de ponta. A propósito, sua penetração no setor tem-se dado, fundamentalmente, a partir do setor privado. É assim que se difundem muito mais, nos últimos anos, técnicas para diagnóstico e tratamento (diálise, tomografia computadorizada, ultra-sonografia), sendo os equipamentos necessários à sua difusão, por seu alto custo, inteiramente financiados pelo Estado.

Na medida em que a proposta do Conasp se insere na estratégia de extensão de cobertura através da ampliação da rede de serviços básicos, impõe-se a necessidade de suprir esta rede com insumos tecnológicos suficientes. Neste ponto emergem dois problemas: o primeiro diz respeito ao pouco que se sabe de tecnologia apropriada para serviços de baixa complexidade; quanto ao segundo, refere-se ao completo desconhecimento, pelos técnicos, da experiência historicamente acumulada pela população no manuseio de suas manifestações mórbidas. O fato tem, freqüentemente, conduzido à negação pragmática desta experiência ou a tentativas marginais de resgatá-la — porque sem qualquer embasamento científico —, acarretando um aumento de descrédito dos serviços junto à clientela. Um outro aspecto é que haveria de se controlar, sobretudo, a penetração da tecnologia de ponta no Sistema de Saúde, redimensionando seus usos e adequando-os às exigências de serviços hierarquicamente organizados.

Em suas proposições específicas o Plano de Reorientação se refere à assistência farmacêutica, recomendando a “retomada do Plano Diretor da Ceme” e a

²⁵ Campoamor, N. R. & Veronelli, J. C. Tecnología apropiada, planificación y administración de servicios de salud. Organización Pan-americana de Salud, fev. 1981. p. 3. mimeogr.

²¹ IPEA aponta rombo de Cr\$ 2 trilhões na Previdência. *Jornal do Brasil*, 20 nov. 1983, p. 24.

²² FMI quer reduzir gasto do governo com pessoal. *Folha de São Paulo*, 27 nov. 1983, p. 40.

²³ Não pretendemos neste trabalho entrar na polêmica sobre qual seria o sentido real de uma “tecnologia apropriada”. Contudo, seria interessante anotar as observações que a compreendem como mais uma possibilidade (que vem se somar às outras) de contenção de gastos, tendo em vista a estratégia de extensão de cobertura.

²⁴ Cibotti, R. Notas sobre la selección de tecnologías apropiadas en los servicios de salud. Buenos Aires, 1980. 19 p. mimeogr.

“revisão e implantação efetiva da Rename”. Contudo, a menos que alguma variável nova (quicá extra-setorial) aponte para esta necessidade, as socilitações do próprio setor parecem vir sendo insuficientes para reverter a tendência até agora observada. Pelos determinantes da dependência econômica em que se encontra o país, o que tem regido o setor saúde é a lógica das indústrias químico-farmacêuticas, lógica esta incompatível com o teor das proposições a que estamos nos referindo.

No caso particular do Plano do Conasp, estabelecidos os requisitos de adequação da tecnologia de produtos e da tecnologia de processos às suas proposições, nos moldes em que são definidas por alguns autores,²⁶ seria o caso de se discutir sua factibilidade.

Recursos: a distribuição e utilização de equipamentos na rede de serviços só pode ser compreendida no contexto da questão tecnológica que acabamos de abordar. Poder-se-ia enfatizar, contudo, que o consumo das inovações em equipamentos está principalmente localizado nos estabelecimentos de maior grau de complexidade, em especial nos hospitais, e que é muito reduzido ao nível dos serviços básicos, fato este responsável, entre outros, pela pequena capacidade resolutive dos mesmos. Neste sentido, as proposições do Plano não contemplam um possível equacionamento do problema, furtando-se até mesmo a analisá-lo.

Já dissemos, na análise de coerência do Plano, da contradição existente entre a necessidade de maior volume de recursos para satisfazer as proposições referentes à valorização dos recursos humanos do setor e as diretrizes de contenção de gastos da política governamental. Este nos parece um ponto central, mas outros aspectos podem ser revistos para a análise de factibilidade. Autores como Donnangelo e Gentile de Mello, na tentativa de compreender as distorções verificadas na formação e distribuição dos recursos humanos no país, terminam por explicá-las à luz das categorias produção/consumo de atos médicos. Segundo estes autores, a formação preponderantemente especializada e dirigida à atenção individual, além de uma distribuição altamente centralizada dos profissionais nas várias regiões do país — o que vem redundando num tipo de prestação de serviços inadequado à realidade de saúde da população —, somente encontram explicação na forma especializada, centralizada e obviamente inadequada em que se dispõem e organizam os serviços de saúde, em que se estrutura o mercado de trabalho. Seriam estes, muito mais que as escolhas individuais, que determinariam, em última instância, o perfil dos recursos humanos do setor.

Nogueira,²⁷ analisando a população economicamente ativa (PEA) do setor, demonstra a proporção excessiva de pessoal de pouca qualificação em instituições públicas e privadas, “visto que em ambas está presente a ênfase na quantidade, que conduz à utilização abusiva de pessoal de nível elementar, como resultado das pressões de racionalização administrativa ou da ânsia de lucros. Evidentemente, se não houvesse esse primado da quantidade sobre a qualidade, a composição da equipe de saúde seria menos polarizada, através, por exemplo, da maior participação de pessoal de nível médio”. Os dados do autor mostram que, em 1978, o percentual de pessoal de nível superior alocado nos serviços era de

24,19%, de 13,23% o de pessoal de nível médio, de 32,05% o de pessoal de nível elementar.

No conjunto das dificuldades aqui apresentadas, pensar a consecução das proposições do Plano dirigidas a uma nova política de recursos humanos significaria, em primeira instância, pensar a reordenação do atual Sistema de Saúde do país. Significaria, também, a ocorrência no aparelho formador destes recursos, de mudanças cuja natureza guardaria uma estreita relação com os objetivos que se pretendesse atingir através desta reordenação.

No Brasil, a fixação de “critérios claramente definidos para a elaboração do plano de custeio do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas)” e a “implantação de um sistema de contabilidade de custos de atenção médica”, conforme enunciado nas proposições gerais do Plano de Reorientação, defrontar-se-iam com uma dificuldade de base. Para uma análise de financiamento que inclui, além da distribuição de valores monetários, também a sua origem, não se sabe, por exemplo, tudo que aporta pelo lado do setor público (excluída a seguridade social). A incongruência chega ao seu limite máximo se lembramos que “sendo computados como financiamento do setor os recursos oriundos de todos os Ministérios, apenas o orçamento do Ministério do Exército para a função saúde é maior que o orçamento do próprio Ministério da Saúde”.²⁸ Por outro lado, não se tem qualquer controle sobre os recursos pulverizados com ações de saúde em centenas de municípios brasileiros, estando as estimativas, seguramente, subestimadas.

São determinantes dos custos crescentes com o financiamento do setor: estímulos provenientes do lado da oferta (inovações tecnológicas, especialização dos recursos humanos) e da demanda (crescimento demográfico, concentração urbana, aumento da renda familiar disponível, aumento da população coberta pela seguridade social), estímulos estes, de tal nível de complexidade, que a resposta que requerem ultrapassa em muito as possibilidades resolutivas do setor saúde.

O financiamento do setor vem-se dando cada vez mais através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), o que tende a se acentuar com a situação de crise econômica que atravessa o país. As Secretarias de Saúde dos estados e municípios encontram-se sem recursos, tendo mesmo a grande maioria delas atingido o clímax da exaustão financeira. Por outro lado, o aumento das taxas de desemprego e a diminuição progressiva do valor real dos salários deverão atuar sinergicamente no sentido de aumentar os custos com a atenção médica. O gasto direto, pelas razões apontadas, também tenderá a se reduzir, restando, apenas, os recursos advindos do Inamps para fazer face à situação de crise.

Do ponto de vista da factibilidade das Proposições e no que diz respeito à racionalização dos custos, deveria ser mantido o quadro evolutivo de repasse dos recursos da Previdência, que se observa para o período 1976-81. Em 1976, a Previdência Social dirigiu cerca de 90% dos recursos para o setor privado; já em 1981, estes recursos para o mesmo setor foram da ordem de 60%, tendo sido o montante da defasagem observada repassado aos estados e à rede de serviços do Ministério da Saúde.²⁹

²⁶ Campoamor, N. R. & Veronelli, J. C. op. cit.; e Cibotti, R. op. cit.

²⁷ Nogueira, Roberto Passos. A força de trabalho em saúde. *Revista de Administração Pública (RAP)*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 17(3): 61-70, jul./set. 1983.

²⁸ Notas de aula. II Curso Internacional de Política e Administração de Saúde para a América Latina e o Caribe. Disciplina: Planejamento do sistema de atenção à saúde.

²⁹ Ibid.

Quanto aos investimentos para ampliação e conservação da rede física, parecem ter factibilidade muito duvidosa, considerando-se o quadro delineado.

Organização técnico-administrativa: o Plano se refere ao “incremento da capacidade técnico-gerencial do setor público”, mas não explicita os meios através dos quais ocorreria a descentralização de suas atividades. Tampouco faz referências ao que pretende quanto ao Sistema de Informações e ao treinamento de pessoal, para fazer frente às clássicas deficiências da capacidade gerencial nos serviços públicos.

5. Análise de viabilidade

Considerando que a viabilidade é uma categoria política, porquanto define a capacidade ou o poder de implementar o Plano, entendemos que ela expressa sempre o movimento de forças sociais em busca de seus projetos particulares, no interior de uma dada sociedade. Nesta perspectiva, apenas penetrando o plano da luta política, é possível compreender a complexidade que envolve a viabilidade de um plano e o contexto no qual ele se desenvolve. Aliás, para Giordani e colaboradores,³⁰ este contexto está sempre relacionado com as “contradições entre capital e trabalho, entre as diferentes frações de capital que, em conjunto, explicam a existência de grupos organizados ou forças sociais capazes de expressar tais contradições no conflito social”.

Considerando, também, que o ator principal da planificação é o Estado, o qual desempenha um papel determinante no condicionamento da viabilidade de um plano, deve-se remeter à tradição autoritária do Estado brasileiro e à frequente utilização que tem feito das políticas de saúde, enquanto instrumento de busca de consenso e de hegemonia, para se analisar a viabilidade do Plano do Conasp.

Em suma, é no movimento que se polariza entre as forças sociais (partidos políticos, grupos econômicos organizados, sindicatos, entidades de classe etc.) e o Estado, e através da correlação de forças que se estabelece entre estas instâncias da vida civil, que se têm situado as tentativas de implementação do Plano de Reorientação do Conasp. Para Giordani e colaboradores,³¹ “as relações entre estas forças se estabelecem em termos de confronto ou de negociação. Isto dependerá dos projetos que proponham, de sua ideologia, de sua “práxis” política, das doutrinas que alimentam sua concepção social, dos interesses que defendam e de sua relação com as classes sociais. (...) As múltiplas contradições que contém o sistema se traduzem em conflito e consenso, luta e negociação, em oposição e alianças que adquirem expressão concreta de acordo com o modelo social e o regime político vigente”.

O Plano do Conasp, quando interpreta as distorções do modelo atual de prestação de serviço, faz uma análise insuficiente da situação, na medida em que a atribui “à pluralidade de modalidades assistenciais e à extrema dificul-

dade no exercício de seu controle, dadas as dimensões do próprio país e a complexidade dos procedimentos burocráticos vigentes”,³² sem explicitar a ação dos grupos de interesses.

Para a análise de viabilidade do Plano do Conasp, identificamos como os principais grupos de interesse: o capital transnacional, o capital nacional, a burocracia estatal, as entidades de classe (basicamente as de profissionais de saúde e, entre estas, as que congregam os médicos) e os partidos políticos.

O capital transnacional: o modelo de acumulação em curso no Brasil — o da transnacionalização — encontrou no interior do sistema de saúde amplas possibilidades para sua realização. Seria redundante alongar-nos aqui em evidências tais como as maléficas influências do complexo médico-industrial para a saúde da população e o quanto sua penetração no país tem acentuado a dependência econômica.

Se, por um lado, a ênfase que o Plano confere à ampliação da rede básica poderia interessar a grupos financeiros alienígenas, tendo em vista a possibilidade do consumo crescente de equipamentos e medicamentos, por outro as proposições dirigidas à racionalização da assistência farmacêutica têm merecido a maior atenção dos referidos grupos. Não deve ser por acaso que persistem intocados seus interesses, na medida em que continuam atuando livremente no país e pressionando no sentido de retardar passos discretos rumo à autonomia nacional, principalmente na produção de medicamentos. É assim que uma matéria recente publicada no *Jornal do Brasil*³³ menciona as divergências entre os ministros da área social e os da área econômica quanto à política de medicamentos, e a forte influência que estes últimos têm recebido das multinacionais do setor. De acordo com a matéria, “o programa da indústria farmacêutica nacional, elaborado por representantes de cinco ministérios e que prevê, entre outros benefícios, maiores incentivos fiscais para os laboratórios nacionais, está na Presidência da República desde janeiro, e ainda não foi aprovado por não ter as assinaturas dos ministros da Fazenda, Ernane Galvêas, e do Planejamento, Delfim Netto”.

O capital nacional: o processo de capitalização a que está submetido o setor saúde, no Brasil, traz para o centro desta discussão o privilegiamento indiscutível que tem sido dado aos serviços privados em detrimento dos públicos. É assim que a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), representantes dos interesses do capital nacional, têm-se manifestado a respeito do Plano de Reorientação. São tantas e tamanhas as contradições do sistema, que, diferentemente do que se poderia pensar, quando o Plano foi divulgado, a FBH e a Abramge assumiram posições opostas em relação ao mesmo. Enquanto a primeira o percebeu “como ameaça a sua hegemonia e superfaturamento por suas proposições racionalizadoras”,³⁴ a segunda o apoiou por visualizar “na contenção de gastos com o setor contratado

³⁰ Giordani, J. A.; Testa, M.; Yero, L. & Matus, C. La Planificación posible en la perspectiva sociopolítica de América Latina. In: *Cuadernos Sociedad Venezolana de Planificación*. Caracas, Venezuela, Ed. Sociedade Venezolana de Planificación/UCU, Universidad Central de Venezuela, 153/155: 14-77, ene. 1981.

³¹ Id. *ibid.* p. 19.

³² Ministério da Previdência e Assistência Social. Plano de reorientação... *op. cit.*

³³ Laboratório estrangeiro quer mudar programa da indústria farmacêutica. *Jornal do Brasil*, 5 nov. 1983.

³⁴ Teixeira, S. M. F. & Oliveira, J. A. A. *op. cit.* p. 28.

a possibilidade de aumentar sua participação como alternativa mais programável de prestação de assistência médica previdenciária".³⁵

De qualquer modo, é de se supor que este apoio da Abramge repouse no fato de as medidas contidas no Plano, por suas características mesmo de racionalidade e simples ordenação do sistema, não significarem uma ameaça, de fato, aos seus interesses.

Fatos mais recentemente observados, como "a reativação de hospitais públicos, a maior dotação de recursos para o setor próprio"³⁶ e o maior repasse de recursos da Previdência para o setor público quando se compara os anos de 1976 e 1981, são indicativos de uma tendência de mudança. Contudo, os últimos acontecimentos políticos na área do MPAS, os quais culminaram com a queda do Ministro Hélio Beltrão, e que comentaremos um pouco mais adiante, em nada asseguram que possa persistir esta tendência.

A burocracia estatal: conquanto admitida como a representação dos interesses do Estado, não deve ser analisada como isenta dos interesses de grupos. Também ela se constitui em um pólo de divergências e é nestas condições que se exerce internamente no setor saúde, o que quer dizer, no desenho das viabilidades e estratégias concernentes ao Plano, que "o pessoal do Estado" tem uma dimensão político-decisória muito além daquela enunciada na visão simplificadora dos que o reconhecem apenas como mero executor dos interesses do Estado. É a partir deste entendimento que as forças sociais de transformação tendem a ver nos interstícios do Estado, ou na chamada "autonomia relativa" do mesmo, a via para introduzir projetos distintos dos impulsionados pelas forças de reprodução do sistema. Muitas conquistas dos trabalhadores latino-americanos na área social têm sido produto de longas lutas onde as forças dominadas lograram uma articulação crescente, ainda que subordinada, ao aparelho do Estado. Segundo Giordani e colaboradores,³⁷ malgrado a verdade destes fatos, "em situações de conflito que questionam o modelo de hegemonia, desaparece a autonomia relativa e o Estado tende a ser uma expressão mais definida da classe dominante". Daí porque, para estes autores, "não seria a autonomia relativa do Estado o caminho principal para resgatar a planificação e colocá-la a serviço da transformação social".

Tentando uma aproximação entre o que vem ocorrendo com o Plano de Reorientação e estes conceitos, identificamos uma tecnoburocracia previdenciária comprometida com os interesses empresariais e privados e um outro setor, a massa crítica da tecnoburocracia, cujas proposições mais progressistas foram até incorporadas pelo Plano. Aliás, lembrando a intervenção de Sérgio Arouca no II Curso Internacional em Política e Administração de Saúde para a América Latina e o Caribe, "esta massa crítica, junto aos movimentos sociais dos quais participa, pode e deve construir uma imagem objetiva alternativa àquela na qual trabalha dentro do espaço institucional".

Concordamos com recente documento divulgado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes),³⁸ no qual se reafirma "que a plataforma básica

³⁵ Id. *ibid.* p. 28.

³⁶ Id. *ibid.* p. 30.

³⁷ Giordani, J. A.; Testa, M.; Yero, L. & Matus, C. *op. cit.* p. 22.

³⁸ Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). *A questão democrática na área de saúde*. Rio de Janeiro, 1983. 24 p. mimeogr.

do Plano do Conasp — papel primordial do Estado, integração interinstitucional, rede única de serviços regionalizada e hierarquizada, universalização da clientela, descentralização e participação comunitária — é também parte (grifo nosso) da plataforma e proposta progressistas, no que diz respeito a uma organização mais racional do setor de assistência à saúde".

Um conflito importante ao nível da tecnoburocracia se constituiu em um dos primeiros problemas enfrentados pelo Plano de Reorientação: no caso dos convênios trilaterais, a modalidade proposta pela Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan) foi contestada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Enquanto na proposta da Ciplan o pagamento dos serviços se efetuaria por consulta e alta hospitalar, na proposta do Conass o pagamento seria por subsídios globais pré-fixados. Segundo o Conselho, sua proposta aumentaria em muito a capacidade de mobilidade dos recursos, o que conferiria um maior grau de autonomia às secretarias estaduais.

Acreditamos estar demonstrando que coexistem grupos, em choque permanente, no interior do aparelho do Estado. A conquista da hegemonia dependerá da correlação de forças, a qual irá se expressar no conflito político e não poderá ser compreendida, apenas, a partir de abstratas determinações de classe.

As entidades de classe: de modo geral, o discurso do Plano tem sido apoiado por setores da medicina liberal que se colocam contra a "mercantilização da medicina" e o empresariamento médico, estabelecendo uma aliança com o setor público contra os principais desvios da medicina lucrativa.

No interior do Movimento de Renovação Médica (Reme), o qual se constituiu na base para a articulação das oposições médicas nas suas entidades de classe (Conselhos Regionais de Medicina, Sindicatos dos Médicos e Associações de Medicina), em vários estados do País, a partir da segunda metade dos anos 70, floresceu uma discussão importante a respeito das possíveis conseqüências da implantação do Plano do Conasp. Enquanto algumas destas entidades têm-se mantido mais próximas dos blocos de poder, assumindo a racionalidade proposta pelo Estado e a depuração que ele executa do conteúdo politizante das propostas que influenciaram o Plano de Reorientação, outras manifestam-se claramente favoráveis às suas proposições. A propósito, o presidente do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro declarou recentemente à revista *Cadernos de Saúde*³⁹ que o Plano "traduz a recessão na área da saúde, sem que o Governo tenha coragem de assumir esse tipo de confissão". Em outro momento desta polêmica entrevista, referiu-se ao Plano como "um subproduto do modelo econômico e evidentemente ele não pode dizer a que veio, mas ele não encerra nada de bom para o trabalhador brasileiro ou para o profissional de saúde".

Postula o Cebes — e a esta corrente de opinião nos aliamos — que: "A compreensão global do processo em que se insere o Plano do Conasp não deve levar, no entanto, a sua rejeição por inteiro, mas à discriminação das medidas que possam significar um real avanço da proposta de democratização do setor saúde e da melhoria da saúde da população (...)"⁴⁰

³⁹ *Cadernos de Saúde*. Rio de Janeiro, Iaserj, (1):4, 1983.

⁴⁰ Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). *op. cit.* p. 15.

Os partidos políticos: a manifestação partidária em relação às questões de saúde no país tem deixado muito a desejar. Se bem que pelo menos três partidos de oposição (PMDB, PT e PDT) contemplem, em suas cartas programáticas, os pontos mais importantes que devem nortear a ação nos setores sociais, entre eles a saúde, não ultrapassam a generalidade de alguns princípios. Além do mais, têm deixado a desejar o seu envolvimento em picos de crise do setor, como bem o demonstra a completa anuência com a decisão governamental de, cedendo às pressões da corrente alinhada com as diretrizes do FMI, nomear novo ministro para o MPAS.

Em síntese, o fato de o Plano de Reorientação ter sido gerado no interior da tecnoburocracia estatal, excluindo, além das forças sociais aqui citadas, aquelas que representam os principais interessados na forma como ele será implementado — os trabalhadores e o conjunto da população — decorre tanto do caráter autoritário do Estado, quanto da fragilidade das organizações de massa e da ausência dos partidos políticos em importantes debates que ocorrem no país.

O presidente do Inamps, em depoimento recente prestado à CPI do Senado sobre a Previdência Social,⁴¹ declarou: “A implantação está sendo feita de modo gradual porque todas as mudanças previstas são profundas e esbarram não só na natural resistência a qualquer mudança, como, também, na oposição daqueles que, de alguma forma, vinham sendo beneficiados pelas distorções existentes”. Conquanto não estejamos de acordo a respeito da “profundidade das mudanças”, parece interessante a referência clara às resistências de alguns grupos de interesse à implementação do Plano.

De acordo com o documento do Cebes,⁴² “ainda que contendo muitas contradições e ser em muita coisa insuficiente, o Plano parece ter sofrido um revés que pode comprometer sua existência, quando, nas recentes escaramuças do poder central (que culminaram com o afastamento do Ministro Hélio Beltrão), a corrente governista alinhada com as diretrizes do FMI conseguiu impor-se, fazendo supor que a Previdência terá que compactuar mais ostensivamente com o rolo compressor da recessão”.

Aliás, mencionando ser o desequilíbrio financeiro registrado em 1983 de origem “nitidamente conjuntural, porque decorre de causas externas à Previdência Social”, é o próprio Ministro demissionário, em carta à Presidência da República, quem afirma: “Não vejo como se possa sequer pensar em resolver o problema financeiro, conjuntural — decorrente primordialmente da política econômica vigente — mediante o aumento das contribuições ou a redução dos benefícios dos trabalhadores, medidas que, além de socialmente injustas, são evidentemente inviáveis no plano político.”⁴³ Para o ministro, a causa de desequilíbrio estaria sobretudo na recessão, na queda do nível de emprego e na política salarial.

⁴¹ Fonseca, A. S. A reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social (1.º ano). Documento apresentado à Comissão Parlamentar de Inquérito do Senado sobre a Previdência Social, set./out. 1983. mimeogr.

⁴² Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). op. cit. p. 16.

⁴³ Condução da economia faz o Governo perder Beltrão. *Diário do Comércio*, 12, 14, 15, 16 nov. 1983, p. 5.

A este respeito, Teixeira, em recente declaração à revista *Isto É*,⁴⁴ acha que, evidentemente por razões diferentes da Seplan, o problema da Previdência é “estrutural”. Segundo a pesquisadora, “se a contribuição ocorresse sobre o faturamento das empresas, haveria muito mais recursos”. Aponta igualmente a omissão do Estado, que se vem recusando a entregar sua parte ao bolo previdenciário.

Enquanto corre solta esta polêmica, é com a escassez de recursos que, concretamente, vêm-se defrontando os profissionais do setor que estão tentando implementar o Plano do Conasp.

6. Desenho da estratégia

O desenho da estratégia é um momento essencialmente político na formulação do Plano. Para Testa,⁴⁵ “o conteúdo político de um plano se expressa na estratégia, já que é na concreção desta onde aparece, como proposta, a direção de deslocamento do poder”.

Ao se partir de uma situação inicial (S_0) para chegar a uma outra situação (S_1), rumo à viabilização do Plano e da imagem-objetivo nele contida, várias alternativas se colocam. Tais alternativas ficarão definidas como possíveis ou desejáveis no interior dos movimentos políticos ao se definir o “que fazer”. E esta é a definição que se procura, quando se procede a desenhar uma estratégia.

Contrariamente, quando o “que fazer” se define ao nível do planejamento centralizado, normativo, ele não tem oponentes. Nesta circunstância, põe-se principalmente a serviço das forças dominantes e fica excluída a possibilidade de se analisar o processo de “construção da viabilidade política”.

A introdução de atores sociais no processo de planificação é que irá legitimá-lo, desde que oferecerá a possibilidade de modificar as proposições políticas, ratificá-las ou postergá-las. A alternativa em que se constitui o planejamento estratégico, em oposição ao normativo, consiste precisamente em abrir espaço à participação das forças que postulam a transformação social. A proposta metodológica que lhe corresponde se instrumentaliza em categorias analíticas que possibilitam interpretar a realidade não manifesta.⁴⁶ Quer dizer, a proposta toma forma a partir da concreção que oferecem as formações econômico-sociais específicas. E as alterações que se introduzem nas decisões políticas a serem tomadas trazem, consigo, a marca legitimadora do processo: a presença das forças sociais em suas formulações.

É somente no interior das lutas políticas que se pode ultrapassar os limites do processo forjado nas salas da tecnoburocracia, desde que o “como fazer” adquire, na prática, condições de retroalimentar “o que fazer”.

Um problema operativo importante que se apresenta no desenho da estratégia é a definição das prioridades, as quais deverão ser estabelecidas a partir dos debates travados com as forças sociais que participam do processo de pla-

⁴⁴ *Isto É*. São Paulo, Caminho Editorial, 7 (361), nov. 1983.

⁴⁵ Testa, M. op. cit. p. 27.

⁴⁶ Giordani, J. A. La planificación como proceso social, um esquema de analisis. In: *Cuadernos Sociedad Venezolana de Planificación: Teoría y Método de la Planificación*, 1979.

nejamento. Mais interessante ainda é o que aponta Testa⁴⁷ quando considera que, "a partir do momento em que a população é incorporada a uma discussão substantiva sobre políticas de saúde, é praticamente impossível limitar esta discussão ao âmbito estreito do setor saúde. Isto porque o que a classe dominada discute como problemas de saúde, sem dar-lhe este nome, são as condições de vida e de trabalho, muitas vezes expressando-as mediante suas aparências mais visíveis: preço dos alimentos, da moradia, o nível dos salários e outros indicadores similares". Neste sentido, o debate acerca da saúde se transforma em um debate sobre a sociedade e o processo de planejamento para saúde pode vir a se constituir em uma contribuição para mudança social.

Tendo em vista estas considerações de ordem conceitual, restaria colocar como se situa a estratégia de implementação do Plano do Conasp. Desde que o Plano não contém em sua elaboração a análise da viabilidade política, a simples referência às proposições que serão priorizadas, com as etapas e cronogramas concernentes, não se constitui em um elemento suficiente para preencher os requisitos do *desenho da estratégia*. O fato de terem sido mantidas à parte da elaboração do Plano do Conasp as forças sociais que aqui discutimos aparece como impedimento nuclear à possibilidade de sua viabilização, enquanto projeto verdadeiramente democratizante para o setor saúde no Brasil.

E para terminar, caberia referir-nos a Giordani e colaboradores,⁴⁸ quando afirmam: "La experiencia nos enseña que la planificación coherente con un proceso de transformación debe vincular objetivos y acción, organización y método, donde este último debe superar la brecha epistemológica entre historia y plan."

Summary

In developing this study, it has been the authors' concern to analyse the Medical Assistance in Social Security Reorientation Plan (Plano de Reorientação da Assistência Médica na Previdência Social), because it represents the most recent version of the policy adopted for the Brazilian health sector. In their efforts, they considered the plan of the Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) as containing a set of intentions which have in view to expand, to change and to legitimate the sector as part of a State operative assembly, that being for them an indication that such intentions simultaneously involve three dimensions they considered implicit in the plan: administrative, ideological and strategic.

Thus, at first their analysis means the consideration of the plan's technical design, on which they propose some questions about its elaborative process, about the model adopted and about the future outlook (or image-objective) orienting the design.

The authors then direct their reflexions toward considering the design of Conasp's plan as a phenomenon concretely inserted in a scheme of authoritarian planning and, accordingly, they endeavoured to identify its internal and external coherence, its feasibility and its practical workability.

⁴⁷ Testa, M. op. cit. p. 43.

⁴⁸ Giordani, J. A.; Testa, M.; Yero, L. & Matus, C. op. cit. p. 26.

While having this analysis as its starting point the "technical" problem of the plan's design, its findings being able to indicate that "technically" the Reorientation Plan is not in itself a plan — it is apposite to consider the phenomenon of technocratic authoritarianism that has been dominating political decision-making in Brazil, and also that the most progressive intentions of a similarly authoritarian plan may or may not have a reproductive effect, depending on the degree in which they are metabolized as a component of change within the conflicts of interest in Brazilian society.

This understanding means that, even though the Conasp plan may not satisfy in terms of design, this point does not constitute a relevant problem, since the authors see their conclusions in this direction as a didactic component of the work, that they undertook starting from activities developed in the II International Course of Politics and Administration of Health for Latin American and Caribbean Countries. The authors preferred then to give greater attention to those aspects of the Conasp plan capable to involve possibilities oriented to those social groups seen as addressees of the most urgently needed changes to be effected in Brazilian society.

o Correio da unesco

Se você é comprador assíduo ou, melhor ainda, assinante recente de O Correio da Unesco, não perca a oportunidade para completar sua coleção dessa revista que deixa você "por dentro do mundo". Estão à venda, pela Fundação Getulio Vargas, reedições e números atrasados em coleções anuais encadernadas.

1980, 1981 e 1982

NAS LIVRARIAS DA FGV ou pelo reembolso postal

REORIENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA PREVIDENCIÁRIA: UM PASSO ADIANTE OU DOIS ATRÁS?

SONIA MARIA FLEURY TELXEIRA*

1. Antecedentes; 2. O Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social; 3. Algumas interrogações.

As mudanças que estão ocorrendo na organização do sistema de atenção médica previdenciária, a partir da criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp), em 2 de setembro de 1981, têm sido observadas com paixão, perplexidade e expectativa, por todos aqueles que se encontram direta ou indiretamente envolvidos na questão. Capitalistas do setor saúde, técnicos dos órgãos estatais, pesquisadores e representantes da comunidade procuram, a cada momento, compreender o processo que está em curso para, assim, melhor se posicionarem frente a ele, na esperança de influírem na direção que lhe está sendo imprimida.

As dificuldades para se alcançar clareza na análise da questão decorrem tanto das paixões e vultosos interesses envolvidos, quanto do processo decisório suficientemente fechado, característico das instituições da nossa burocracia pública. Finalmente, as incertezas quanto às medidas propostas advêm da falta de conhecimento histórico necessário à análise da situação atual e da impossibilidade de visar o real sentido das mudanças propostas. Em outras palavras, o que estamos assistindo é uma alteração no modelo de prestação de serviços de saúde ou uma mudança necessária a sua conservação?

1. Antecedentes

Os anos que separam a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966 — com a unificação dos antigos IAPs —, da divulgação, em 1982, do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, elaborado pelo Conasp, correspondem a um período de profundas transformações na prestação da assistência médica previdenciária.

A primeira característica marcante deste período é a extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase-totalidade da população urbana e parte da população rural.

Segundo dados do MPAS, pode-se comparar a cobertura de alguns benefícios em três datas.

* Professora da Escola Brasileira de Administração Pública (EBAP) da Fundação Getúlio Vargas (Endereço da autora: Praia de Botafogo, 190, sala 404 — 22.253 — Botafogo — Rio de Janeiro, RJ.)

Tabela 1

Cobertura previdenciária — 1963-81

	1963	1978	1981
N.º segurados contribuintes (milhões)	5,7	23,4	24,5
N.º pessoas cobertas (segurados e dependentes) (milhões)	18	95	105
População coberta em % população total	23	69	87
Consultas médicas (milhões)	NHD*	145,5	203,0
Consultas odontológicas (milhões)	NHD	29,0	37,0
Internações hospitalares (milhões)	NHD	9,6	13,0
Pessoas recebendo aposentadoria (milhões)	0,59	3,9	4,2
Pessoas recebendo pensões (milhões)	0,637	1,8	1,9
Pessoas recebendo renda mensal vitalícia (milhões)	—	1,0	1,3

Fonte: MPAS — publicado em *O Globo*, 24 out. 1982.

* Não há dados.

A extensão da cobertura deu-se em dois sentidos, isto é, com a incorporação de novas categorias de trabalhadores anteriormente excluídos dos benefícios previdenciários — domésticas, autônomos, trabalhadores e empregadores rurais etc. — e com a ampliação da agenda de benefícios oferecida, que, além das aposentadorias, pensões e assistência médica, passa a incluir a renda mensal vitalícia etc.

A segunda característica deste período é a orientação da Política Nacional de Saúde para o privilegiamento da prática curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento de medidas de saúde, de caráter preventivo e de interesse coletivo.

Estudo recente divulgado pelo Ipea (tabela 2) mostra a inversão de prioridades na política de saúde, sendo que os gastos com os serviços curativos passaram de 12,9% dos gastos totais do setor, em 1949, para 84,2%, em 1982.¹

Este processo teve como corolário a diminuição da participação percentual do Ministério da Saúde no Orçamento da União de 4,57% em 1961, para 0,90%, em 1974.² Em 1982, a participação do Ministério da Saúde dentro do total de gastos federais foi apenas da ordem de 1,6%.

¹ Embora o critério de agregação utilizado para construção da tabela introduza algum grau de distorção — já considerou os serviços do Ministério da Saúde como exclusivamente preventivos e os da Previdência Social como exclusivamente curativos — há outras evidências que tornam estes dados bastantes prováveis.

² Buss, Paulo; Shiraiwa, Tizuko & Maranhão, Eduardo. *Ministério da Saúde e saúde coletiva: a história de 20 anos (1953-74)*. Instituto de Medicina Social/UERJ, 1976. mimeogr.

Tabela 2

Brasil: participação percentual dos serviços de caráter predominantemente curativo (Inamps) e preventivos (MS e outros) nos gastos públicos federais em saúde — 1949-82

Ano	Assistência médico-hospitalar (serviços "curativos") (%)	Atenção primária (serviços "preventivos") (%)
1949	12,9	87,1
1965	35,8	64,1
1969	59,2	40,8
1975	70,2	29,7
1978	81,3	18,7
1979	81,9	18,1
1980	84,5	15,5
1981	82,2	17,8
1982	84,6	15,4

Fonte: Política e financiamento do sistema de saúde brasileiro: uma perspectiva intencional. Centro Nacional de Recursos Humanos (CNRH)/Ipea, 1983. mimeogr.

Obs.: 1) Os recursos do MPAS/Inamps foram computados como "curativos", os demais (MS e outros), como "preventivos".

2) A partir de 1983: apenas gastos públicos federais.

A terceira característica do período é um aparente paradoxo: a crescente intervenção estatal, através da Previdência Social, atuando como regulador do mercado de produção e consumo dos serviços de saúde, desenvolveu um padrão de organização da prática médica orientado para a lucratividade, favorecendo os produtores privados destes serviços.

Embora hoje mais de 90% dos serviços médicos prestados no país encontrem-se direta ou indiretamente dependentes do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), este processo de aparente estatização da medicina correspondeu, na verdade, a uma privatização da assistência médica previdenciária.

À época da unificação dos IAPs, os hospitais públicos e privados não-lucrativos somavam 36% da rede existente, enquanto os hospitais privados lucrativos representavam apenas 44%.³

Esta situação foi inteiramente alterada durante os últimos anos, de sorte que, em 1980, existiam 38 hospitais próprios para 3.157 hospitais contratados à rede privada e credenciados.⁴

Os mecanismos que propiciaram esta reversão foram basicamente o financiamento a empresários privados, para construção de hospitais com recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), a juros baixíssimos, e a compra de serviços privados de saúde pela Previdência Social. Esta compra de

serviços era realizada na base de contratos de prestação de serviços nos quais a Previdência Social se obrigava a pagar pelos atos médicos praticados pelos hospitais privados nos beneficiários da Previdência Social, com base em uma tabela em que cada ato recebia um valor em U.S. (Unidades de Serviço). Este sistema de pagamentos foi diversas vezes denunciado,⁵ seja pela impossibilidade de planejar assim o dispêndio com a assistência médica, seja por induzir o empresário hospitalar a executar atos sofisticados e algumas vezes desnecessários, além de permitir um sem-número de fraudes, procedimentos estes frequentemente utilizados como meio de aumentar desonestamente a lucratividade da venda de serviços de saúde.

A quarta característica deste período, decorrente da opção da Previdência pela prática médica privada, curativa e individual, foi a criação de um complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos.

Apesar de sermos um país de economia retardatária e com grandes bolsões de pobreza urbana e rural, somos hoje o 8º mercado mundial de consumo de medicamentos,⁶ sendo que a indústria de equipamentos médicos teve um crescimento na importação dos seus produtos, entre 1961 e 1970, da ordem de 599,9%.⁷

Finalmente, como última característica do período, apontamos a diferenciação da prática médica em função da clientela, mais especificamente, em função dos requisitos do processo produtivo no qual as diferentes frações da classe trabalhadora se inserem.

Desta forma, passamos a destinar o cuidado médico fornecido pela rede pública do Ministério da Saúde ao consumo das faixas marginais da população; um tipo de atenção médica oferecida aos trabalhadores com situação regularmente definida, fornecida pela rede hospitalar contratada, e finalmente uma atenção especial àqueles trabalhadores inseridos nos setores mais dinâmicos da economia, empresas privadas ou estatais, cuja exigência de altas taxas de produtividade requer uma atenção médica especial, fornecida através de empresas médicas.

Embora a participação do setor de convênios com empresas médicas no orçamento do Inamps seja minoritária, ele assume importância pela característica de ser um serviço médico destinado basicamente ao controle e aumento da produtividade da força de trabalho, mesmo que em detrimento de valores tais como a ética médica e a saúde do paciente.

Para finalizar os comentários sobre o modelo de organização da prática médica implantado pela Previdência Social neste período, podemos dizer que é um modelo de prática curativa orientado para a capitalização do setor, tendo, como conseqüências: a) impossibilidade de atender à crescente demanda de serviços de saúde, em face do aumento dos custos dos serviços especializados, sofisticados e incorporadores de tecnologia importada; b) impossibilidade de controlar os custos da atenção médica previdenciária, já que o modelo é, em si mesmo, cor-

³ Principalmente na vasta obra deixada pelo Dr. Carlos Gentile de Mello.

⁴ Cordeiro, Hésio. *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1980.

⁷ Braga, José Carlos & Paula, Sérgio Goes. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo, Hucitec, 1981.

ruptor e corruptível; c) impossibilidade de atender aos requisitos básicos do planejamento e racionalização das ações de saúde, já que a competição entre os interesses privados leva à concentração dos serviços, superposição, descoordenação e ineficácia.

Desta forma, os últimos anos da década de 70 já prenunciavam a crise da medicina previdenciária, que antecedeu a própria crise do sistema previdenciário como um todo. Foi a existência desta crise setorial que permitiu, em 1980, o surgimento de uma proposta alternativa de organização dos serviços de saúde, conhecida como Programa Nacional dos Serviços Básicos de Saúde (Prevsauúde), que propunha a reversão deste modelo privatista de prestação de serviços em um sistema único de saúde, com hegemonia do setor público e das práticas de atenção primária.

Apesar de fundar-se em propostas de hierarquização e regionalização dos serviços, amplamente difundidas pela Organização Mundial de Saúde, o Prevsauúde foi inviabilizado em decorrência das pressões dos empresários privados da saúde, em função da falta de apoio político, dado o processo autoritário e tecnocrático no qual foi gestado.

Em 1981, a eclosão da crise financeira da Previdência vem trazer à tona a discussão sobre o seu modelo de atenção médica, tomando-o mesmo como "bode espiatório" da crise. Há que mencionar que a crise financeira não tem raiz nos gastos com atenção médica, e jamais poderia ser resolvida com medidas contencionistas neste setor, já que a participação percentual do Inamps no orçamento do Sinpas é declinante, tendo caído de 31,6%, em 1976, para 21,2%, em 1982. Assim, os gastos com assistência médica, embora há anos representem menos de 35% do orçamento global da Previdência, foram considerados elevados e passíveis de racionalização.

No bojo da crise financeira da Previdência, no conjunto de medidas "saneadoras" baixadas no conhecido "pacote previdenciário" de 1981, foi, pois, criado o Conasp, com a finalidade de reorganizar a assistência médica previdenciária.

2. O Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social⁸

Este plano foi divulgado pelo Conasp em 1982 e compunha-se, basicamente, de um diagnóstico das modalidades assistenciais existentes no Inamps e de propostas de reorientação da situação identificada.

O diagnóstico apontava as disfunções no uso das diferentes modalidades, assim como as distorções da distribuição dos recursos do Inamps com a compra de serviços ao setor privado. Com os dados fornecidos no plano sobre a produção de serviços realizada em cada uma das formas através das quais o Inamps presta assistência médica (modalidades assistenciais) e os dados relativos ao consumo de recursos destas modalidades em relação aos gastos totais do Inamps com serviços de assistência médica, construímos a tabela 3.

⁸ Para o acompanhamento da implantação do plano, recomenda-se a leitura do documento apresentado pelo Dr. Aloysio de Salles Fonseca à CPI do Senado sobre Previdência Social (set./out. de 1983), e do tema 6 da publicação *Radis*, da Escola Nacional de Saúde Pública, de onde retiramos os dados citados.

Tabela 3
Distribuição dos recursos do Inamps por modalidades assistenciais

Tipo de Serviço	Sistema prestador							
	Próprios (%)	Convênios órgãos Governo (%)	Convênio MEC/MPAS (%)	Convênios rurais (%)	Convênios sindicatos urbanos (%)	Convênios empresas (%)	Hospitais contratados (%)	Credenciamento Ambulatorial (%)
Consultas médico-odontológicas	26,4	13,0	1,9	12,8	5,8	9,1	—	29,5
Internações hospitalares	1,6	4,3	1,4	18,3	—	3,8	69,7	—
Serviço de diagnose e terapia	16,1	20,4	1,5	6,4	1,0	8,4	—	45
Recursos consumidos*	18,5	4,7	2,2	6,5	2,6	3,5	40	16

Fonte: Conasp, agosto de 1982.

* % do dispêndio total do Inamps.

Não foram incluídos no quadro os dispêndios com serviços prestados a beneficiários da patronal e aos acidentados no trabalho.

Esta tabela é a expressão numérica do modelo de atenção médica vigente na Previdência Social, no qual se evidencia o privilegiamento da medicina empresarial, que chega a consumir 59,5% do total de gastos do Inamps com serviços de saúde, enquanto os gastos com serviços públicos não ultrapassam 25,4% (não consideramos os "convênios rurais" e com "sindicatos urbanos", cuja agregação não permite discriminá-los como acima).

Reconhecendo então a privatização da assistência médica previdenciária, a ociosidade e desprestígio do setor público, a impossibilidade de um planejamento racionalizador com a prevalência do modelo atual, e salientando a necessidade de conter os custos crescentes nesta área, o documento propõe a reversão gradual deste modelo médico-assistencial. É importante ressaltar que a proposta objetiva não apenas a contenção dos gastos, através do aumento da produtividade e da racionalidade do sistema, mas, ao mesmo tempo, a melhoria da qualidade dos serviços e a extensão da cobertura à população rural em condições iguais à prestada aos trabalhadores urbanos, reconhecendo integralmente a responsabilidade estatal sobre a política e o controle do sistema de saúde.

A reorientação da organização atual dos serviços médicos vinculados à Previdência será realizada a partir de quatro linhas prioritárias de ação:

1. Implantação de um novo sistema de contas (Autorização de Internações Hospitalares — AIH) pagas aos hospitais contratados.
2. Implantação de um programa de ativação e integração de serviços de saúde do setor público (Ações Integradas de Saúde — AIS).
3. Implantação de um programa de racionalização ambulatorial, voltado para aspectos gerenciais necessários ao aumento da resolubilidade das consultas e diminuição dos custos do atendimento nos ambulatórios do Inamps.
4. Implantação de uma política de valorização dos recursos humanos, buscando melhorar o nível salarial, oferecendo uma carreira atrativa e a possibilidade de uma única vinculação trabalhista para os médicos.

O novo sistema de contas hospitalares (AIH) é a primeira linha prioritária do Conasp, cuja grande alteração, em relação ao sistema anterior, foi a substituição do pagamento por unidades de serviços (U.S.) pelo pagamento por procedimentos médicos, agrupando-se 2.565 causas de internações existentes em 246 grupos de diagnósticos, denominados procedimentos. Foi fixado um valor médio para cada grupo de atos médicos, o que facilitou o trabalho de auditoria, anteriormente quase inexistente. Além disso, os hospitais foram classificados em níveis — segundo critérios de estrutura, pessoal e desempenho assistencial —, podendo obter um acréscimo até 20% no faturamento, conforme sua classificação.

Outra medida tomada foi o estabelecimento de parâmetros (duas consultas por ano, por segurado, e uma taxa máxima de cinco exames para cada 100 consultas), acima dos quais o Inamps não pagará os serviços prestados pelo hospital, considerados excedentes à média prevista.

Com estas medidas, espera-se alcançar a contenção dos gastos e mesmo a melhoria da qualidade do atendimento.

A aplicação desta sistemática a nível experimental mostrou uma diminuição de 20% das internações e uma maior seletividade para internar, já que as internações de curta permanência reduziram-se mais do que as de longa permanência. Como o número de óbitos não aumentou e houve um aumento consis-

tente dos tempos médios de internação, supõe-se que a redução tenha incidido principalmente sobre as internações desnecessárias, que ocorriam frequentemente no sistema anterior.

Os resultados obtidos com o novo sistema de contas fizeram-se sentir imediatamente no orçamento do Inamps, sendo que a participação percentual do setor contratado no conjunto de gastos com os serviços médicos caiu de 60%, em 1982, para 54,3%, em 1983, segundo declarou o Dr. Aloysio Salles na CPI do Senado sobre a Previdência Social. A expectativa, inclusive, era de que caísse mais ainda em 1984, ficando em torno de 50%.

A segunda linha prioritária do Conasp é o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), que trata de fortalecer e articular os serviços públicos através de convênios firmados entre a Previdência Social e as Secretarias de Saúde.

A nível do AIS, recuperam-se as principais diretrizes propostas como necessárias à reversão do modelo atual: 'integração interinstitucional a partir do setor público, ao qual estará articulado técnica e funcionalmente o setor privado prestador de serviços de saúde; integralidade das ações de saúde, superando as dicotomias preventivo/curativo e individual/coletivo; regionalização e hierarquização única dos serviços públicos e privados, a nível de Estado, com adscrição de clientela aos serviços ambulatoriais de nível primário preferencialmente públicos como porta de entrada da clientela no sistema; definição dos mecanismos de referência e contra-referência; utilização prioritária plena das potencialidades da rede pública; descentralização do processo de planejamento e administração a nível regional, sub-regional e local; co-participação financeira e co-responsabilidade das várias instituições envolvidas, de acordo com as responsabilidades institucionais e disponibilidades orçamentárias; reconhecimento da legitimidade da participação dos vários segmentos sociais na definição de necessidades, no encaminhamento de soluções e no controle de qualidade assistencial'.⁹

A participação financeira dos governos estaduais e municipais refere-se ao compromisso de manter, no mínimo, o nível atual de recursos alocados, enquanto o Inamps repassará às Secretarias de Saúde recursos calculados com base na produção de serviços ambulatoriais e na suplementação de 50% do orçamento das unidades de serviço, hospitalares e de pronto-socorro.

Em 1983 já haviam sido firmados convênios deste tipo com 15 estados, devendo estender-se a quatro outros em 1984, sendo que os valores repassados pelo Inamps chegaram a representar um acréscimo nada desprezível de 100 a 150% do orçamento global das secretarias conveniadas. Entretanto, os Cr\$ 249,1 bilhões previstos para o AIS no orçamento do Inamps para 1984 não passam de 9% do valor global gasto pela Previdência com assistência médica.

A gestão do AIS é realizada por uma hierarquia de comissões interinstitucionais a nível federal (Ciplan), estadual (Cris) e local (Clis). A integração interinstitucional deverá ser a garantida por este mecanismo gestor, e a universalização do atendimento para a clientela previdenciária ou não-previdenciária será uma decorrência deste processo.

Deixamos de comentar aqui as linhas de ação que envolvem a racionalização ambulatorial e a política de recursos humanos, tanto pela exigüidade de espaço,

⁹ Depoimento do Prof. Aloysio de Salles Fonseca na CPI do Senado sobre Previdência Social intitulado *A reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social — Primeiro ano, set./out. de 1983*. p. 28-9.

quanto por serem mais um apoio à reorientação do que um elemento estratégico na mudança prevista.

3. Algumas interrogações

O simples relato histórico é suficiente para apontar que o Conasp é filho da crise do modelo previdenciário de assistência médica e do déficit financeiro que impõe necessidades de redução dos custos e racionalização dos serviços.

Esta dupla origem, no entanto, vai implicar a possibilidade de dupla leitura do Plano de Reorientação proposto pelo Conasp, qual seja: ou a mera contenção dos gastos da Previdência com assistência médica, preservada a hegemonia do setor privado prestador de serviços médicos e o modelo lucrativo e curativo que daí decorre, ou uma mudança profunda do próprio modelo em direção a um Sistema Único de Saúde, sob a direção do setor público, com integração e hierarquização dos serviços, universalização do direito à assistência, integração das práticas preventivas e curativas etc.

Não acreditamos que esta questão esteja resolvida hoje; ao contrário, ela está posta. O Conasp é atualmente, a nível político-ideológico e institucional, um campo estratégico de luta entre essas duas propostas de organização da medicina, onde cada medida, cada portaria, cada departamento, cada convênio, deve ser visto como uma frente de batalha. O resultado deste embate depende da organização dos interesses em jogo, de sua capacidade de articular alianças, alcançar apoio na sociedade e realizar pressões efetivas para determinar o curso subsequente deste processo. No entanto, o cenário nacional no qual se trava esta luta institucional é hoje uma grande interrogação, de cuja resposta dependerá, em grande medida, o resultado final.

Desde agora, entretanto, podemos levantar algumas questões que nos parecem merecer uma análise mais aprofundada na continuidade da implantação dos programas descritos. São elas:

1. Em que medida pode-se considerar o AIS como sendo a parte do Conasp que "consubstancia a proposta mais abrangente e transformadora, confundindo-se com o próprio Plano", nas palavras do Dr. Aloysio Salles, consistindo na "pedra de toque" de reversão da política assistencial em curso?

Esta preocupação decorre da análise de alguns dados: a) o AIS representa apenas 9% dos recursos que o Inamps despense com assistência médica; b) os serviços contratados ao setor privado ainda consomem mais de 50% dos recursos do Inamps com assistência; c) as previsões de uma queda progressiva da participação do setor contratado no orçamento do Inamps (de 60% em 1982 para 54,3% em 1983 e 50,7% em 1984) não se verificaram, sendo que o orçamento atual prevê inclusive um pequeno crescimento desta participação (55,7% em 1984), o que indica uma readaptação ao novo sistema de contas (talvez as quedas das internações estejam sendo substituídas pelo aumento das emergências médicas, nas quais o controle é menor).

2. O plano de reorientação proposto pelo Conasp considerou, como elemento crucial neste processo, a adoção de uma tática caracterizada por alterações lentas e graduais, já que qualquer proposta de transformação mais radical seria inviabi-

lizada no seu nascedouro. Ademais, esta reforma foi conduzida de forma a isolar o problema em duas áreas distintas: de um lado, o controle dos custos e do crescimento do setor privado; de outro, o apoio e reativação do setor público.

Nossa preocupação tem como objeto a condução gradual e dual deste processo de mudanças, já que compreendemos que esta tática, se bem pareça fundar-se na prudência requerida em face das pressões e dos interesses a serem afetados, pode também, a depender da vontade política que marcará seu curso, terminar sendo a única chance de sobrevivência do modelo privatista ainda hegemônico.

Estas indagações tomam como base a redução operada no projeto historicamente defendido pelos setores progressistas, de criação do Sistema Único de Saúde, que, na definição atual do Conasp, ficou restrito a um Subsistema Estadual Público de Saúde, sem que seja criado qualquer mecanismo formal, mesmo a nível dos estados, para articular, integrar e disciplinar a participação do setor privado no sistema.

Ora, conhecendo-se o predomínio da atividade privada ao nível hospitalar, torna-se impraticável pensar em operacionalizar os pressupostos de um sistema único de saúde (hierarquização, regionalização etc.), sem contar com a sua inclusão neste sistema. O que está ocorrendo então é um processo de metonímia político-institucional, na qual a parte é tomada como se fora o todo. Os técnicos progressistas, sejam os da burocracia previdenciária, sejam os sanitaristas das Secretarias de Estado foram, assim, reduzidos a um "gueto", perdendo a dimensão do sistema total, no qual a dinâmica e as perspectivas do setor público não podem ser vistas isoladamente do movimento e rearticulação do setor privado à Previdência Social.

De outra forma, corre-se o risco de que o programa de ativação do setor público não vá além da função de dique, contendo as demandas que o modelo vigente, dada sua exaustão, não teria condições de atender.

3. Outra questão que emerge e se agudiza com a conjuntura de transição que vivemos é a fragilidade das bases financeiras e institucionais sobre as quais está assentada a reativação do setor público, através do AIS.

A estrutura atual é baseada em simples convênios assinados entre o Inamps e as Secretarias de Saúde, e na constituição de comissões interinstitucionais encarregadas da gestão desses convênios.

Torna-se preocupante tal situação se a analisamos e constatamos o seu baixíssimo grau de formalização e institucionalização. Os convênios firmados até agora têm sido fruto da correlação de forças existentes a cada momento e em cada região específica, não se podendo falar de um programa único, mas simplesmente de uma linha comum. Até mesmo os mecanismos de financiamento estabelecidos em cada convênio têm ou variado, ou sido passíveis de várias interpretações.

Assim, a participação financeira do Inamps nos convênios foi inicialmente interpretada como sendo igual à da Secretaria, para o custeio das unidades ambulatoriais e hospitalares e, posteriormente, ficou estabelecida como sendo 50% do valor aportado pela Secretaria, isto é, 1/3 do custeio total das unidades.

Posteriormente, este mecanismo global foi substituído (através das portarias do MPAS (PT/MPAS/SSM /nº 269/83 e PT/MPAS/SSM /nº 270/84) pelo

pagamento de serviços prestados, o que, segundo análise de Nicz¹⁰ em recente seminário promovido pela Secretaria de Saúde do Paraná, implicaria não só a diminuição da participação financeira do Inamps nos convênios, como alteraria a relação paritária entre estas duas instituições, já que a reverteria para o padrão comprador-vendedor, com todas as conseqüências conhecidas.

Finalmente, a própria estrutura administrativa, baseada nas comissões hierarquizadas, não faz parte da organização formal de qualquer das instituições envolvidas. Em outros termos, todo este castelo está montado em alicerces pantanosos, podendo ruir facilmente no próximo período governamental que terá início em 1985.

Como afirmamos inicialmente, este campo de enfrentamento de projetos contraditórios não merece ser simplesmente condenado ou apoiado, mas sim analisado de forma a permitir uma ação decisiva na definição de seu desenvolvimento.

Summary

The article intends to bring a contribution to the understanding of changes now occurring in the organization of medical care within the sphere of social security and welfare, from 1981 onwards, when the Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp) was instituted. In order to analyse the current process, the writer looks for the roots of the system's present crisis as from the establishment of the Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), in 1966, when the organizational model of health services now in force was first implanted. This model has as its characteristics a very ample coverage, the privileged nature of medical treatment, the practice of medicine as an entrepreneurial activity and the differentiation of medical attendance in terms of clientele.

The study reaches the conclusion that by the end of the '70s the welfare medicine was already in crisis, due to its impossibility of responding to the growing demand once unaltered the above mentioned conditions, which brought about ever increasing and uncontrollable costs of the health activities. To such a crisis was added the financial crisis of the whole social security system, propitiating conditions which led to the corrective measures proposed in the Conasp plan, among them being outstanding the new system of hospital accounts and the program of integrated health activities.

In her analysis of the results of the two latter lines of priority, the authoress ends by questioning their outcome because, contrary to representing an effective alteration in the previous model, they may well become the condition for its survival for some more time to come.

PREVIDÊNCIA SOCIAL: DIAGNÓSTICO E PERSPECTIVAS

FRANCISCO EDUARDO BARRETO DE OLIVEIRA*
MARIA EMÍLIA R. M. DE AZEVEDO**

1. *Introdução*; 2. *Evolução da seguridade social no Brasil*; 3. *Receita e despesa*; 4. *Déficit e suas causas*; 5. *Equilíbrio do seguro social — evolução e perspectivas da relação inativos/ativos*; 6. *Evolução recente dos benefícios*; 7. *Aspectos de equidade do sistema de seguro social*; 8. *Considerações finais*.

1. Introdução

Difícilmente alguém contestaria a importância de um sistema de seguridade social. No entanto, os debates sobre assunto de tal relevância têm-se limitado a uma perspectiva bastante restrita aos aspectos internos do sistema previdenciário brasileiro. Mais ainda, mesmo neste contexto restrito, têm-se privilegiado aspectos conjunturais, superficiais ou mesmo secundários, gerando enorme confusão na opinião pública e mesmo no meio técnico. Déficits, fraudes, desvio de recursos, burocratização dos serviços freqüentam semanalmente o noticiário dos principais meios de comunicação. Sem dúvida, são problemas que incomodam, pois atingem diretamente a população e o bolso do contribuinte. Mas seguramente não são os problemas principais.

É necessário, portanto, analisar com mais cautela as crises cíclicas que parecem assolar o sistema previdenciário brasileiro, visando identificar as reais causas dos desequilíbrios.

Embora não haja qualquer "solução técnica" ideal, pois a compatibilização de interesses conflitantes só poderá ocorrer através do processo político, julgamos importante uma discussão objetiva de algumas questões centrais da Previdência e Assistência Social.

A primeira destas prende-se à viabilidade econômica do sistema, ou seja, à compatibilidade entre os custos dos programas e atividades e a capacidade de geração de recursos da economia na qual o sistema de seguridade se insere.

Igualmente importante é a discussão das questões de equidade, enfocando basicamente a análise de quem paga e de quem se beneficia do sistema.

Na realidade, tanto a questão de viabilidade quanto a de equidade são duas faces de um mesmo problema, desde que não se pode dissociar, em geral, o montante da "conta" a ser paga/recebida de quem irá pagá-la/recebê-la.

É também importante ter presente que a exata definição daquilo que é viável e/ou justo depende, guardados certos limites, da escala de valores da sociedade

* Engenheiro civil, EE/UFRJ, MSCE, Purdue University. Coordenador de projetos especiais — Ipea/Inpes. (Endereço do autor: Av. Presidente Antônio Carlos, 51, sala 1.304 — Rio de Janeiro, RJ.)
** Administradora de empresas, UnB. Técnica de planejamento e pesquisa — Ipea/Iplan.

¹⁰ Nicz, Luiz Fernando. *Plano do Conasp da teoria à prática — a situação atual e futura das ações integradas de saúde*. Impresso pela Secretaria de Estado de Saúde e do Bem-Estar Social do Paraná para a Reunião de Trabalho sobre Ações Integradas de Saúde, 27 a 29 de agosto de 1984. mimeogr.

e da eficácia dos mecanismos através dos quais estes valores se constituem em bases para as ações efetivas do Estado. Em outras palavras, afora algumas impossibilidades absolutas — representadas pelas situações onde a “conta a pagar” supera a capacidade de pagamento — existem, em geral, inúmeras alternativas para um sistema de seguridade social cuja “viabilidade e equidade” são funções, única e exclusivamente, de uma definição política da sociedade quanto aos objetivos a atingir e quanto ao nível e distribuição dos correspondentes ônus.

Quais os riscos que deverão estar abrangidos por um sistema de seguridade? Qual o nível de cobertura? Quem deverá pagar, como pagará e quem se beneficiará do sistema? Estas e muitas outras mais são realmente as questões fundamentais a serem discutidas, aquelas que têm a ver com a base do sistema previdenciário.

Observe-se que, sob este prisma de análise, uma discussão sobre previdência e assistência social jamais poderá ser feita de forma estanque, isolada do contexto sócio-político institucional em que se insere.

Em última instância, o que se estaria discutindo são questões de caráter ético, moral ou doutrinário quanto aos limites e formas de relacionamento entre Estado e indivíduo, para as quais não há resposta sem que cada um exerça um julgamento de valor.

O objetivo deste artigo é contribuir, na exata limitação do conhecimento de seus autores, para uma discussão informada dessas questões maiores. Por este motivo, o enfoque básico é simplesmente fornecer ao leitor dados e informações que lhes permitam formar sua própria opinião acerca dos problemas relativos à Previdência e Assistência Social brasileira.

Vale lembrar que o atual grau de conhecimento do problema é insuficiente para a formulação de alternativas que, sendo eficazes sob o ponto de vista econômico-financeiro, sejam, ao mesmo tempo, razoavelmente justas no plano social. Por outro lado, a discussão ampla e informada do próprio problema poderá conduzir a estas alternativas de solução. É importante frisar que este sentido de discussão ampla deve necessariamente transcender o âmbito do Poder Executivo, para situar-se, com maior representatividade, no âmbito da sociedade em geral.

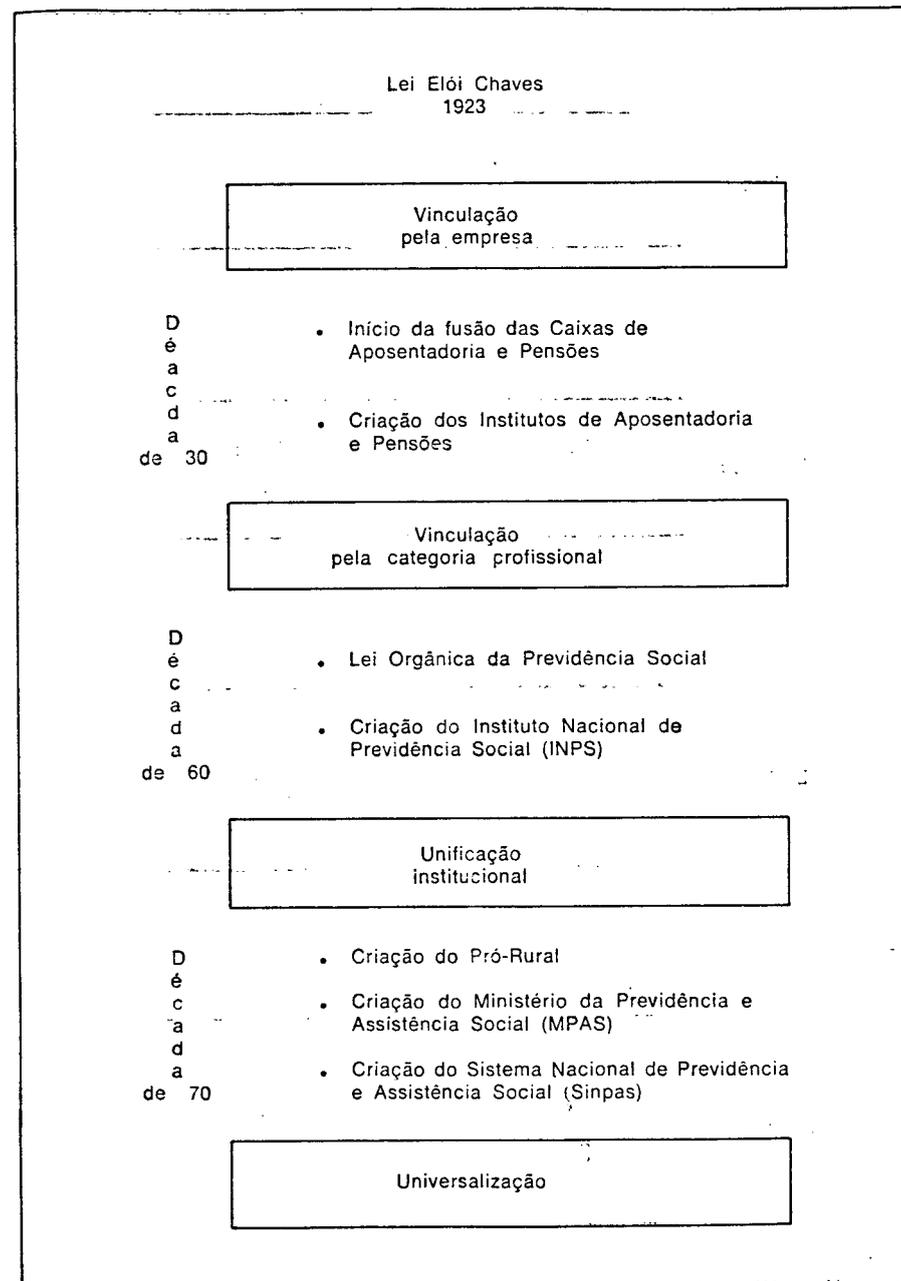
2. Evolução da seguridade social no Brasil

A origem do sistema de proteção social brasileiro coincide com a origem da própria nação. Já no Brasil colônia existiam algumas instituições de cunho assistencial, tais como as santas casas, voltadas ao amparo dos mais pobres. Como ressaltam Barroso Leite e Paranhos Velloso,¹ “parece mais acertado, inclusive sob o ponto de vista prático, considerar as santas casas, montepios e sociedades beneficentes como assinaladores de uma fase embrionária, como antecedentes apenas da previdência social”.

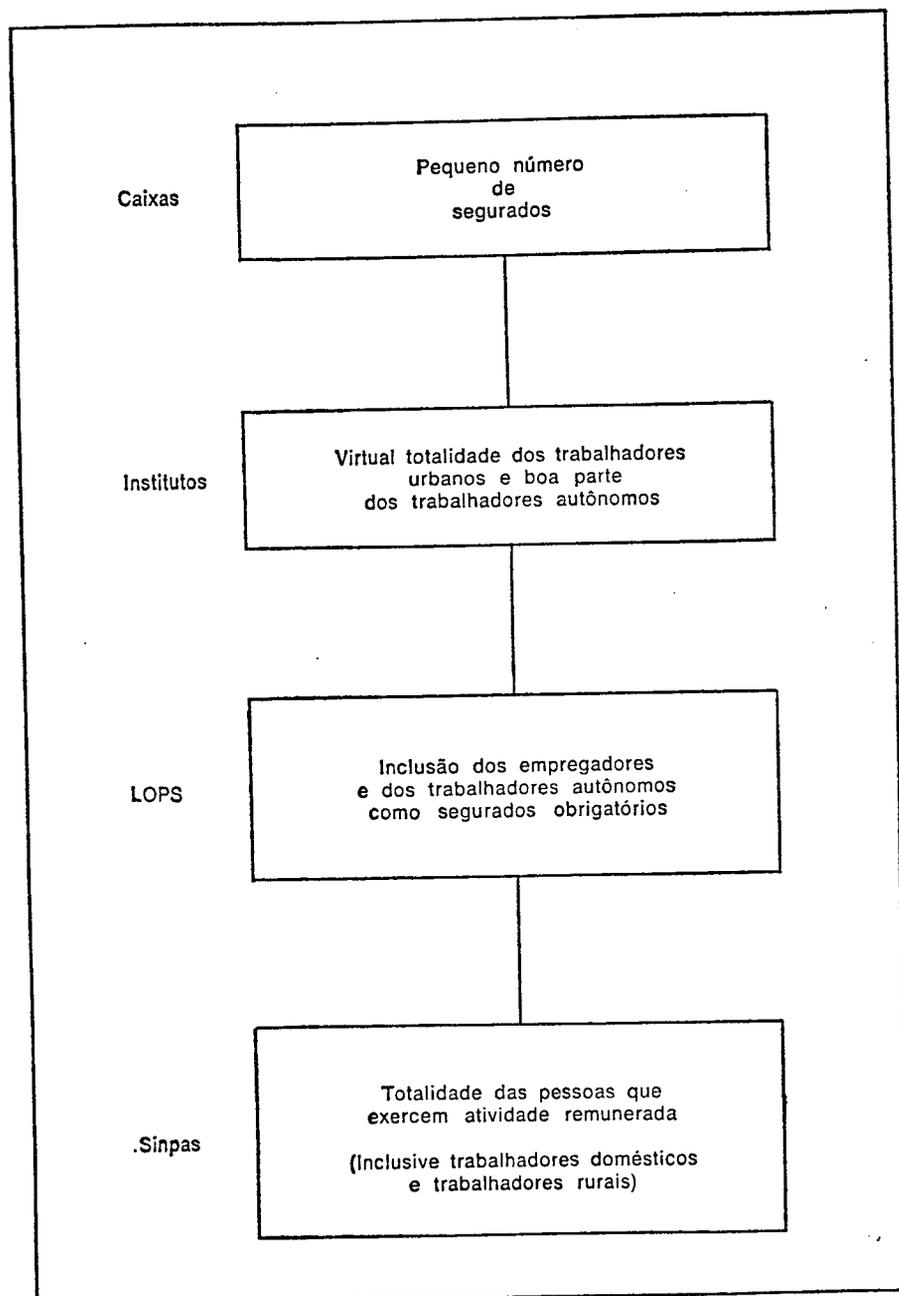
Assim, para todos os fins e efeitos, o Decreto Legislativo nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923 — mais comumente conhecido como Lei Elói Chaves —, que determinou a criação de caixas de aposentadorias e pensões para os empregados das empresas ferroviárias, marca o início da previdência social como hoje a con-

¹ Barroso Leite, Celso & Paranhos Velloso, Luiz A. *Previdência social*. Rio de Janeiro, Zahar, 1962. p. 117.

Quadro 1
Evolução da Previdência Social Brasileira



Quadro 2
População abrangida



ceituamos. De uma forma sintética, os quadros 1 e 2 mostram a evolução da previdência social brasileira, dividindo-a em quatro fases.

A primeira fase, estendendo-se da promulgação da Lei Elói Chaves até o início da década de 30, corresponde à vinculação por empresas, através do sistema de "caixas", tendo cada uma delas relativamente poucos segurados. Segue-se a fase de vinculação por categoria profissional, com a criação dos famosos institutos. Embora uma grande parte dos trabalhadores urbanos já esteja coberta, persiste ainda acentuada disparidade entre os planos de benefícios oferecidos pelos vários institutos. Após 14 anos de arrastada tramitação, é finalmente aprovada, em 1960, pelo Congresso Nacional, a Lei Orgânica da Previdência Social, que unificou os vários regimes, abrindo caminho para a futura unificação institucional com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social — INPS (1967). A Lei Orgânica, entre outras providências importantes, inclui também os trabalhadores urbanos autônomos como segurados obrigatórios.

Paradoxalmente, sendo o Brasil ainda predominantemente rural, toda a legislação de proteção social do trabalhador voltava-se quase que por completo para as atividades urbanas.

A década de 70 assinala o início da quarta e última fase evolutiva do sistema previdenciário brasileiro, ou seja, a chamada etapa de universalização. Em 1971, os trabalhadores rurais são cobertos através da criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Prorural) que, embora oferecendo um plano de benefícios bastante mais modesto, comparativamente àquele oferecido ao trabalhador urbano, representou um passo significativo no campo da justiça social.

Fica patente a predominância do objetivo de redistribuição, pedra fundamental de um verdadeiro sistema de seguro social, sobre o princípio de estrita proporcionalidade entre contribuições e valor de benefícios, inerente ao seguro privado. Alguns dos exemplos mais significativos desta tendência foram a criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural), do Amparo Previdenciário e a implantação do Plano de Pronta Ação (PPA).

O Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), criado através da Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977, nada mais é do que o produto de uma especialização por funções dos órgãos previdenciários (ver quadro 3).

Quadro 3

Função	Órgão
Seguro social	INPS
Assistência médico-odontológica	Inamps
Assistência farmacêutica	Ceme
Administração fiscal e financeira	Iapas
Processamento de dados	Dataprev
Assistência social	
Carentes	LBA
Menores	Funabem

Em resumo, o sistema previdenciário assistencial brasileiro, ao completar 50 anos de sua criação, atinge também a fase de maturidade institucional, caracterizada pela cobertura praticamente universal e pela amplitude dos serviços oferecidos. A nova etapa evolutiva provavelmente passa pelo caminho da equalização de tratamento dispensado a algumas clientela, eliminando-se os últimos resquícios discriminatórios ainda existentes.

Apesar da crise no campo econômico-financeiro, é inegável que o sistema previdenciário representa uma conquista do povo brasileiro. É, no entanto, importante considerar que esta "conquista" deve ser entendida como um conjunto de direitos e também de deveres.

A crise poderá ensejar uma reflexão mais profunda sobre o sistema previdenciário que leve a uma redefinição de diretrizes para a evolução do mesmo. A Previdência e Assistência Social não irá à falência, como poderiam temer alguns. Agora, como tantas vezes já ocorreu no passado, talvez tenha chegado a hora em que é necessário um ajustamento dos objetivos do sistema previdenciário às atuais perspectivas políticas, econômicas e sociais do país.

3. Receita e despesa

3.1 Receita

3.1.1 Composição da receita

O custeio do sistema previdenciário brasileiro é atendido pela receita de contribuições previdenciárias, contribuições da União e outras receitas.

Por sua vez, a receita de contribuições é constituída, basicamente, por contribuições compulsórias incidentes sobre a folha de salários das empresas urbanas e por contribuições sobre salários dos empregados, remuneração de empregadores, autônomos, avulsos, domésticos e outros.

Atualmente, as alíquotas destas contribuições são as seguintes:

Empregados urbanos — regime geral — variam conforme o salário, até o teto de 20 salários mínimos.

Faixa SM	Alíquota (%)
Até 3	8,50
3 a 5	8,75
5 a 10	9,00
10 a 15	9,50
15 a 20	10,00

Empresas urbanas — incidência sobre a folha de salários, até o limite de 20 salários mínimos, conforme o que se segue:

Discriminação	Alíquota (%)
Contrapartida empregado regime geral	10,0
Contribuição p/Previdência Rural	2,4
Salário-família	4,0
Salário-maternidade	0,3
13º salário* (média)	1,5
Seguro acidente do trabalho (varia, conforme o risco da atividade, de 0,4; 1,2 ou 2,5) — média	1,8

* Por ocasião do pagamento do 13.º salário, restitui-se ao empregador a taxa calculada sobre a média dos salários pagos durante o ano, em torno de 0,72%.

Empresas rurais — contribuição de 2,5% sobre o valor da primeira comercialização do produto.

Autônomos e contribuintes em dobro — contribuição de 19,2% sobre a sua remuneração, de acordo com uma tabela de salários-base, progressiva em função do tempo de contribuição.

A partir desta regra geral, existem algumas especificidades nas demais contribuições.

A contribuição da União está definida, por lei, em termos de cobertura das despesas de pessoal e administração geral das autarquias do Sinpas, ou seja, Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), Instituto de Administração Financeira da Previdência Social (Iapas) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Atualmente, compreende recursos provenientes da arrecadação de contribuições sobre loterias, competições hípicas e preço ex-refinaria de combustíveis automotores, que constituem a chamada "quota de previdência" e do excedente da Contribuição de Terceiros (Decreto-lei nº 1.867/81).²

Esquemáticamente, a receita da Previdência compõe-se dos seguintes itens:

	% (Médias 1971/82)
Receita total	100
1. Receita própria	93
• Contribuições compulsórias	89
• Outras	4
2. Transferências da União	7

² Correspondente à incidência das alíquotas do Sesi, Senai, Sesc e Senac sobre a parcela da folha compreendida entre 10 vezes o maior valor de referência e o teto de contribuições.

As contribuições compulsórias, por sua vez, têm a seguinte composição:

	% (1981)
Receita de contribuições compulsórias	100
1. Sobre folha de salários — urbana	96
• Contribuição do segurado	33
• Recolhimento das empresas	63
2. Sobre produção rural	4

Em termos gerais, as constatações mais importantes a respeito da estrutura de custeio da Previdência Social resumem-se no seguinte:

1. Cerca de 85% da receita total decorrem de contribuições incidentes sobre a folha de salários urbanos. Daí, pode-se inferir que a variação da receita do Sinpas é determinada, teoricamente, pela variação do emprego urbano e do salário médio real.

2. Apenas 28% da receita total decorrem de contribuições pagas diretamente pelos segurados da Previdência, o restante é pago pelas empresas ou pela sociedade em geral, através de uma possível, porém não quantificável, repercussão da contribuição das empresas sobre os preços.

A Previdência Rural é, teoricamente, subsidiada pelas empresas urbanas, o que reforça a constatação de que não existe vinculação estrita da contribuição direta do segurado com o benefício que ele recebe ou receberá.

3.1.2 Evolução da receita

A tabela 1 apresenta o comportamento da receita total do sistema previdenciário no período 1971-82. Verifica-se, de forma geral, uma redução da participação percentual de outras receitas e um aumento da parcela representada pelas receitas de contribuição.

Quanto à participação da União, observa-se uma tendência geral de redução de seu percentual até 1980, havendo, após este período, alguma recuperação.

Durante toda a década de 70, a receita de contribuições cresceu de forma muito acelerada, com taxas reais superiores, inclusive, às do PIB.

O fato pode ser explicado por uma conjugação de vários fatores, dentre os quais destacamos como de maior importância: aumento do teto de contribuições (de 10 para 20 salários mínimos), aumento de alíquotas de autônomos, criação de novas taxas (por exemplo: alíquota de 2,4% para a previdência rural) e incorporação de grupos sociais antes não cobertos (por exemplo: domésticos).

Aliado a estes fatores de natureza institucional, o acelerado processo de desenvolvimento econômico e de urbanização experimentado pelo país acarretou uma grande expansão do número de contribuintes da Previdência. Este aumento se deveu não somente ao crescimento do emprego, mas, principalmente, à rápida absorção, pela Previdência, de trabalhadores que, embora já empregados,

Tabela 1

Evolução das receitas do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS) por categoria — 1971-82 (moeda corrente)

Especificação	Movimento	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Receita de	Cr\$ milhões	10.186	15.300	22.266	32.733	49.148	78.793	124.594	188.038	304.315	582.687	1.199.131	2.982.519
Contribuições Sociais	% da receita total	83,44	85,42	87,05	88,81	88,21	88,04	89,68	87,97	92,10	91,62	87,61	93,08
Contribuições da União	Cr\$ milhões	1.338	1.755	2.169	2.562	3.479	5.580	9.856	12.743	18.600	33.199	130.428	145.437*
	% da receita total	10,98	9,80	8,48	6,95	6,24	6,21	7,09	5,96	4,94	5,21	9,53	4,57
Outras receitas	Cr\$ milhões	680	857	1.142	1.561	3.090	5.142	4.487	12.967	9.946	20.177	39.116	75.392
	% da receita total	5,58	4,78	4,47	4,24	5,55	5,75	3,23	6,07	2,96	3,17	2,86	2,37
Total	Cr\$ milhões	12.184	17.912	25.577	36.856	55.717	89.495	138.937	213.748	330.861	636.003	1.368.675	3.183.348
	% da receita total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Grupo de Custeio do MPAS e balanços do FPAS.

* No valor de contribuições da União em 1982 o balanço não contabilizou como receita os Cr\$ 180 bilhões de ORTNs, que foram apenas abatidos da dívida da União. Se considerarmos estes recursos, a participação da União passará a 9,68%.

não eram segurados/contribuintes por não terem antes sua situação de trabalho regularizada. Como demonstra a tabela 2, a massa de contribuintes cresceu em ritmo superior à própria população urbana.

Tabela 2

Crescimento do número de contribuintes da Previdência e da população urbana — 1971-81

Ano	Contribuintes da Previdência		População urbana		Contrib. pop. urb.
	Número em 1.000	Taxa crescimento	Número em 1.000*	Taxa crescimento	
1971	9.690	—	54.219	—	17,87
1972	10.436	7,70	56.606	4,40	18,44
1973	11.963	14,63	59.034	4,29	20,26
1974	14.973	25,16	61.522	4,21	24,34
1975	16.347	9,18	64.091	4,18	25,50
1976	18.595	13,75	66.727	4,11	27,87
1977	20.957	12,67	69.458	4,09	30,17
1978	21.166	10,26	72.277	4,06	29,28
1979	22.436	6,00	75.177	4,01	29,84
1980	23.782	6,00	78.153	3,96	30,43
1981	24.448	2,80	81.209	3,91	30,10

* Estimativa IBGE — Anuário Estatístico do Brasil, 1977.

É importante, no entanto, observar que, apesar do ritmo elevado de crescimento do número de contribuintes, as taxas mostram-se declinantes. Ao final do período, a tendência declinante se acentua, em virtude não só do desaquecimento da atividade econômica, como também da exaustão dos fatores que causaram as elevadas taxas de crescimento da receita de contribuições no período.

3.2 Despesa

3.2.1 Estrutura da despesa

Além das atividades-meio, os recursos previdenciários são alocados a três funções principais:

1. Seguro social, cobrindo o extenso elenco de benefícios (prestações em dinheiro) a cargo do INPS, compreendendo as várias espécies de aposentadorias, pensões, auxílios e pecúlios pagos às diversas clientelas (urbana, rural e funcionalismo público).
2. Assistência médica, ou seja, os programas e atividades a cargo do Inamps.
3. Assistência social, compreendendo os programas a cargo da Legião Brasileira de Assistência (LBA) e da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem).

Tabela 3

Evolução das despesas das entidades do Sinpas (moeda corrente — 1971-82)

Anos	INPS		Inamps		Iapaps		LBA		Funabem		Sinpas	
	Cr\$ milhões	(%)	Cr\$ milhões	(%)	Cr\$ milhões	(%)	Cr\$ milhões	(%)	Cr\$ milhões	(%)	Cr\$ milhões	(%)
1971	7.684	65,67	3.265	27,91	631	5,39	78	0,67	42	0,36	11.700	100,00
1972	11.437	67,99	4.436	26,37	808	4,80	97	0,58	44	0,26	16.822	100,00
1973	15.735	67,77	6.230	26,84	1.077	4,64	118	0,51	55	0,24	23.215	100,00
1974	22.990	68,16	8.943	26,51	1.583	4,69	147	0,44	68	0,20	33.731	100,00
1975	34.290	65,12	15.377	29,21	2.639	5,05	225	0,43	98	0,19	52.649	100,00
1976	56.625	62,41	28.657	31,59	4.959	5,47	303	0,33	179	0,20	90.723	100,00
1977	89.459	64,91	42.115	30,56	5.045	3,66	866	0,63	324	0,24	137.809	100,00
1978	140.149	65,87	63.422	29,81	6.894	3,24	1.683	0,79	614	0,29	212.762	100,00
1979	229.088	68,84	91.791	27,58	7.305	2,19	3.639	1,09	991	0,30	332.814	100,00
1980	464.415	68,02	186.773	27,35	20.236	2,96	8.738	1,28	2.652	0,39	682.814	100,00
1981	1.015.381	68,26	362.112	24,34	84.344	5,67	19.280	1,30	6.467	0,43	1.487.584	100,00
1982	2.240.086	72,19	722.678	23,29	92.853	2,99	35.815	1,15	11.550	0,37	3.102.982	100,00
Média 71/82	—	67,10	—	27,61	—	4,23	—	0,77	—	0,29	—	—

Fonte: Grupo de Custeio do MPAS para os dados até 1977, balanços gerais do FPAS e balanços da LBA e da Funabem.

Nota: Os dados referentes aos exercícios anteriores a 1978 foram estimados com vistas a reconstituir a despesa do Sinpas, se existente a partir de 1971.

O dispêndio com as atividades-meio inclui pessoal e administração geral das entidades do sistema e eventuais encargos financeiros.

3.2.2 Evolução da despesa

A tabela 3 recompõe a evolução das despesas das entidades componentes do Sinpas como se existissem a partir de 1971. Observa-se claramente que o INPS, responsável pelos pagamentos de benefícios, corresponde a quase 2/3 da despesa total do sistema.

Vale ainda ressaltar que este percentual apresenta, de uma forma geral, tendência crescente no período considerado.

Finalmente, por serem dominantes na composição da despesa, os gastos com benefícios (INPS) são decisivos na determinação da taxa de crescimento da despesa total.

Contrariamente ao que alguns pensam, o Inamps, que chegou a representar cerca de 32% da despesa total em 1976, vem desde então apresentando uma participação declinante. Em 1982, observa-se que esta participação é de apenas 23,29%. É verdade que o conjunto de medidas adotadas em 1981 elevaram a receita, tornando necessária uma certa cautela na interpretação dos dados de 1982. De qualquer forma, os gastos com assistência médica não acompanharam a expansão da receita previdenciária causada pelo chamado "pacote".

Já os gastos da LBA e Funabem apresentam uma tendência crescente, denotando a ênfase dada aos programas e atividades ligados à assistência social. Observe-se, entretanto, que a participação destas entidades é relativamente pequena.

O crescimento apresentado nas despesas do Iapas em 1980 e 1981 é decorrente do déficit, já que este órgão arca com o pagamento de encargos financeiros relativos ao endividamento junto à rede bancária.

A tabela 4 apresenta a evolução das despesas com benefícios para o período 1971-82 em moeda corrente, assim como a preços de 1982, utilizando-se como inflatores os fatores médios de reajustamento salarial a cada ano. Apesar de possíveis imprecisões nos dados, observa-se, de uma forma geral, taxas de crescimento extremamente elevadas na série assim inflacionada.

Quanto a possíveis causas do fenômeno constatado, procura-se, a seguir, especular quanto a alguns aspectos que parecem relevantes, sem, no entanto, exaurir o assunto, já que para tal depender-se-ia de uma análise atuarial.

Em primeiro lugar, como será visto em maior detalhe adiante, pode-se supor que uma "onda" de contribuintes no passado estivesse chegando hoje à condição de beneficiários. Ainda que reduzida pela mortalidade, esta "onda" de indivíduos, que, há alguns anos, provocou acelerado crescimento da receita, hoje estaria desencadeando um acelerado crescimento da despesa com benefícios.

Um segundo fator que afeta o ritmo de entrada na população de beneficiários é a progressiva liberalização das condições de passagem para aposentadoria (por exemplo, contagem recíproca de tempo de serviço) bem como a criação de novos benefícios (por exemplo, renda mensal vitalícia a inválidos e idosos).

Por outro lado, com o aumento da expectativa de vida, os indivíduos saem menos do estoque de beneficiários, colaborando para a determinação das altas taxas líquidas de crescimento verificadas.

Tabela 4

Evolução das despesas com benefícios 1971-82

Ano	Despesa com benefícios		Taxa de crescimento série inflacionada (%)
	Moeda corrente (Cr\$)	Moeda de 1982 ¹ (Cr\$)	
1971	7.126	486.320	—
1972	10.049	575.720	18,4
1973	13.257	662.190	15,0
1974	18.640	754.430	14,0
1975	28.437	879.850	16,6
1976	46.333	1.028.970	16,9
1977	86.931	1.349.520	31,2
1978	138.591	1.520.360	12,7
1979	213.815	1.555.780	2,3
1980	433.533 ²	1.705.230	9,6
1981	968.547	1.906.430	11,8
1982	2.135.000	2.135.000	12,0

Fonte: Grupo de Custeio do MPAS e balanços gerais do INPS.

¹ Inflator 1970-79 — Índice de Custo de Vida do Ministério do Trabalho, utilizado como base para os reajustes salariais. 1979 em diante — variações do INPC.

² Inclui encargos previdenciários da União a partir de 1980, inclusive.

Existem ainda alguns indícios de que o valor médio dos novos benefícios concedidos supera o valor médio dos benefícios em manutenção.

Finalmente, os reajustamentos seletivos por faixa de valor, introduzidos pelas várias políticas salariais que vigoraram pós-79, trouxeram profundo impacto em termos de crescimento das despesas com benefícios. É sempre bom lembrar que, pela legislação vigente, os benefícios da Previdência Social são reajustados como se salários fossem.

É evidente que estas taxas de crescimento elevadas não poderão sustentar-se indefinidamente, convergindo, a longo prazo, para taxas compatíveis com o crescimento da população economicamente ativa — PEA (algo em torno de 3-4% ao ano). O problema é que, até lá, os déficits gerados e os conseqüentes aumentos de tributação necessários para cobri-los podem tornar-se simplesmente insuportáveis para a sociedade brasileira. Em outras palavras, pode ser que as altas taxas de crescimento da despesa com benefícios sejam o produto de uma "onda" que algum dia passará.

Não se sabe, no entanto, a altura e o comprimento desta onda. A análise mais detalhada do crescimento recente de benefícios, a ser desenvolvida mais adiante neste trabalho, fornece algumas evidências de que o fenômeno de pico tende ainda a permanecer por um considerável período de tempo.

4. Déficit e suas causas

Desde 1976, a Previdência Social apresenta tendências ao desequilíbrio econômico-financeiro, não reveladas pelos demonstrativos contábeis em virtude dos critérios de apropriação de receitas e despesas adotados.

A partir de 1979, a Previdência Social vinha acumulando déficits financeiros em volume crescente. Tomados como proporção da receita total, representaram 1,3% em 1979, 8,7% em 1980 e 14,2% em 1981.

As medidas institucionais adotadas pelo Governo, no final do exercício de 1981, resultaram num equilíbrio orçamentário no ano de 1982 e na melhoria do nível de endividamento junto à rede bancária.

Já em 1983, como visto, o déficit volta a crescer, sugerindo uma tendência de agravamento persistente para os próximos anos.

Com base nas análises já empreendidas, pode-se resumir sua explicação numa inadequação entre a atual estrutura da despesa e da receita do Sinpas, cujas raízes se encontram na evolução do sistema, em especial nos anos 70.

Como visto anteriormente, nessa década a receita cresceu à média de 15% ao ano, em termos reais, pela conjunção de diversos fatores.

Concomitantemente, as despesas cresceram à mesma taxa da receita, como resultado da criação de novos benefícios, liberalização na concessão de alguns benefícios, expansão dos gastos com assistência médica e incremento das ações de assistência social.

Por outro lado, observou-se que a despesa da Previdência é dominada por dois grandes blocos: benefícios em dinheiro e assistência médica. Ao contrário da receita, que depende primordialmente de fatores econômicos e institucionais que podem variar no curto prazo, a despesa, especialmente o pagamento de benefícios, é determinada por fatores aleatórios ou demográficos, relativamente estáveis numa grande massa de segurados, o que a torna praticamente incompressível, salvo por mudanças institucionais de ponderável repercussão política.

Em consequência, a partir do momento em que a receita passa a crescer as taxas mais moderadas, devido a razões explicáveis, o sistema entra em desequilíbrio, porque a estrutura da despesa tem alto grau de rigidez e pela inexistência de um fundo de reserva para cobrir tais contingências.

Com efeito, aqueles fatores antes citados de crescimento extraordinário da receita aproximam-se, hoje, da exaustão, como fonte potencial de expansão da receita.

O que se quer enfatizar é que a receita previdenciária, daqui por diante, na melhor das hipóteses, crescerá a taxas normais e determinadas pelo ritmo das atividades econômicas em geral. De uma taxa média de crescimento anual de cerca de 15% na década passada, a receita do sistema previdenciário nesta década tem, como limite, uma expansão que se aproxima da taxa de crescimento da PEA.

Enquanto a expectativa da receita coloca-se neste patamar modesto em relação ao desempenho anterior, o comportamento da despesa tem uma dinâmica própria que constitui o núcleo do problema estrutural da Previdência.

As despesas com benefícios, que constituem o grande item de despesa (70% em média, do total), continuarão crescendo, salvo mudanças na legislação pertinente, a taxas mais elevadas que as da receita. Nos últimos quatro anos, a taxa de crescimento real desta despesa tem estado em torno de 10% ao ano.

No que concerne à assistência médica, embora não prevaleçam os mesmos constrangimentos legais para redução de despesas, observados no caso de benefícios, é também complexo o problema de adaptação das despesas aos recursos disponíveis. Assim, os compromissos criados pelo sistema de assistência médica, do ponto de vista dos clientes e dos prestadores de serviços, são difíceis de reverter e de resposta lenta.

Portanto, conclui-se que a Previdência Social encontra-se diante de grave situação, em que, ao déficit atual, já de grande porte, soma-se a perspectiva de defasagem constante, no futuro, entre despesa e receita.

Obviamente, diversos fatores podem ter contribuído para o agravamento da situação e para a magnitude dos déficits. A seguir, comentaremos alguns deles.

4.1 Recessão, desemprego e rotatividade

O desaquecimento da atividade econômica, recessão ou qualquer outro título com o qual se deseje rotular a atual conjuntura do país, apresentou substanciais e visíveis efeitos sobre a taxa de crescimento do emprego. Seria esperado, portanto, que o crescimento da receita previdenciária fosse afetado negativamente, gerando déficits no sistema.

Eventuais acréscimos na rotatividade podem também estar afetando negativamente o equilíbrio do sistema previdenciário. Embora os dados disponíveis não permitam uma conclusão definitiva sobre este tópico, há alguns indícios de que, confrontadas com reajustes salariais superiores ao crescimento de seu próprio faturamento, algumas empresas teriam adotado a prática de dispensar empregados pouco antes da data-base, para admitir outros, pouco depois, a salários mais baixos.

4.2 Política salarial

A política salarial afeta a receita e a despesa do Sistema Previdenciário. Afeta a receita porque 90% dos recursos do sistema provêm de contribuições compulsórias incidentes sobre salários. Influi na despesa porque 80% da despesa com benefícios obedece, por lei, aos mesmos reajustes da política salarial.³

Existem diferenças estruturais significativas entre a composição da folha de salários de contribuições e da folha de pagamento de benefícios da Previdência Social, como ilustra a tabela 5.

Como se constata, embora benefícios e contribuições concentrem-se mais nas faixas salariais de valores mais baixos, há grande desproporcionalidade entre ambos, com perdas para a folha de contribuições.

Assim, os coeficientes de reajustes diferenciados por faixa de salários e maiores para as faixas de salário menor, estabelecidos a partir de 1979 pela Lei nº 6.078, introduziram um fator de desequilíbrio financeiro no sistema previden-

³ Os demais benefícios são reajustados pelos seguintes índices: salário mínimo (17,5%); valor de referência (0,8%); ORTN (0,4%); reajuste servidor (1,3%).

Tabela 5

Maior salário mínimo	% da folha de salários de contribuição		% da folha de pagamento dos benefícios reajustáveis pela política salarial	
	Por faixa salarial	Por intervalo de valor	Por intervalo de valor	Por faixa salarial
Até 3	29,00	58,78	55,55	80,33
3 a 7	30,64*	23,35	31,83	17,39
7 a 10	11,64	7,54	11,31	1,46
10 a 15	11,44	6,76	0,91	0,20
15 a 20	7,28	3,57	0,15	0,07
20 e mais	10,00	—	0,25	0,05
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

* Justifica-se tal valor por ser o intervalo de quatro salários mínimos e o número de contribuintes nesta faixa ainda grande.

ciário. Com efeito, o reajuste médio da receita de contribuição passou a se realizar abaixo do reajuste médio da despesa com benefícios, como demonstra a tabela 6.

Tabela 6

	Lei nº 6.708/79	Decreto-lei nº 2.012/83	Decreto-lei nº 2.024/83	Decreto-lei nº 2.065/83
Fator médio reajuste folha de salários	1,027	0,942	0,953	0,878
Fator médio reajuste benefício	1,080	0,987	0,996	0,957

Observa-se também que os reajustes dos benefícios têm caráter cumulativo, ou seja, o acréscimo real concedido a cada período, como foi o caso do adicional de 10% sobre o INPC para a faixa até três salários mínimos (que vigorou até janeiro/83), permanece na despesa para os períodos subsequentes. O mesmo pode não ocorrer do lado da receita de contribuições, principalmente se considerarmos uma situação de conjuntura de mercado de trabalho desfavorável, baixos ganhos de produtividade e eventual crescimento da rotatividade do emprego. Assim, o desequilíbrio produzido a cada reajuste se expandia ao longo do tempo

e só poderia ser evitado quando o fator de reajuste de benefícios fosse igual ao fator de reajuste da folha de salários de contribuição.

Conclui-se que, assim como o desemprego e a rotatividade, a política salarial é um dos fatores que contribuiu para a geração do déficit, sem, no entanto, explicá-lo totalmente.

4.3 Dívida da União

A discussão sobre a insuficiência de contribuições da União é tão velha quanto bizantina. Toda vez que o problema vem à pauta, lembramos uma discussão entre o bolso do paletó e o bolso da calça do mesmo terno sobre a dívida que um teria para com o outro: independentemente de quem vença a discussão, o indivíduo que veste o terno continuará com a mesma quantidade de dinheiro!

O fato é que o Governo, em princípio, é mero transferidor de recursos; quando resolve fazer diferente, emitindo moeda ou recorrendo ao endividamento, os efeitos sobre a inflação e sobre a taxa de juros são extremamente nocivos.

É claro que sempre existe a alternativa de uma maior participação da União no custeio da previdência, via remanejamento de recursos. Este redirecionamento de prioridades esbarra nos limites dos condicionantes vigentes no país. De qualquer forma, a própria magnitude das demandas de recursos do sistema previdenciário inviabiliza uma solução só através de maiores aportes da União, sem ônus adicionais para a sociedade.

Feitas estas considerações, passemos à análise mais formal da questão, pelo simples fato de que tem sido freqüentemente trazida à baila.

A responsabilidade da União, tal como definida na legislação vigente, consiste no custeio das atividades de pessoal e de administração geral do Iapas, INPS e Inamps, além de eventuais insuficiências financeiras do sistema.

Normalmente, a contribuição da União para fazer face a sua responsabilidade dá-se pela transferência de recursos, via orçamento, ao Fundo de Liquidez da Previdência Social (FLPS).

A propósito, a partir de 1981, o aparecimento de déficits no sistema previdenciário e a insuficiência dos recursos provenientes da arrecadação da quota de previdência ensejaram a adoção de algumas medidas no sentido de reforçar as receitas próprias do Sinpas e de recompor a contribuição da União ao Sistema.

Com este último objetivo, as medidas adotadas foram as seguintes: a) ampliação da base de incidência das contribuições compulsórias dos empregadores ao Serviço Social da Indústria (Sesi), Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai), Serviço Social do Comércio (Sesc) e Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac), destinando o excedente desta arrecadação ao Sinpas, como contribuição da União (Decreto-lei nº 1.867/81); b) crédito orçamentário suplementar, no valor de Cr\$ 50 bilhões, no final de 1981; c) emissão de uma série especial de ORTNs em abril de 1982, até o valor de Cr\$ 180 bilhões, visando a redução do saldo devedor da Previdência junto à rede bancária.

Todas estas medidas, e especialmente a última, representaram um substancial reforço das contribuições da União ao Sinpas.

Em princípio, a apuração da dívida é simples: trata-se de verificar o total dos gastos de pessoal e administração geral do Iapas, INPS e Inamps e subtraí-lo da contribuição da União a cada ano. Ocorre, entretanto, que há, no que se refere

ao conceito de "despesas de pessoal", que seriam de responsabilidade da União, diversidade de interpretações da qual resultam conclusões muito diferentes.

No que concerne às despesas de pessoal do Inamps, de acordo com uma interpretação, as despesas com pessoal ligado às atividades-fim (médicos, enfermeiros etc.) também seriam de responsabilidade da União. Já outra interpretação, baseada tanto na lógica administrativa quanto nos aspectos legais da questão, é que este tipo de gasto correria à conta do programa de assistência médica do Sinpas e não à conta de pessoal ligado às atividades administrativas, estando, portanto, fora da responsabilidade da União.

Em termos de coerência administrativa, é preciso considerar que os gastos do Inamps, devido à sua natureza — assistência médica — se constituem, basicamente, e em última instância, de gastos com a remuneração de pessoal especializado, seja contratado diretamente pelo Inamps, seja contratado indiretamente, através de credenciamentos.

Por uma questão formal, os gastos decorrentes da contratação direta são colocados como despesa de pessoal, enquanto que os decorrentes de contratação indireta — via credenciamento — são contabilizados como serviços de terceiros.

Atualmente, cerca de 80% dos serviços oferecidos pelo Inamps são contratados com terceiros. Qualquer mudança neste modelo de prestação de serviços, com expansão dos serviços próprios do Inamps, refletir-se-á em seu gasto com pessoal, indispensável à prestação de assistência médica. Nesta hipótese, se entre a responsabilidade da União com gastos de pessoal se incluíssem os encargos com pessoal de atividades-fim, esta responsabilidade se confundiria com o programa de assistência médica.

Portanto, com relação ao pessoal contratado diretamente pelo Inamps, o mais racional seria distinguir o custo da atividade-meio daquele de atividades-fim (prestação direta de serviços à população), que se confunde com o programa de assistência médica, sendo o primeiro de responsabilidade da União, e o segundo da Previdência Social.

Poderá ocorrer que, eventualmente, se deva debitar à União o custeio das despesas do programa de assistência médica, mas, nessa hipótese, correrão à conta da rubrica "insuficiências financeiras", estuário comum em que deságua qualquer déficit da Previdência Social como sistema.

A tabela 7 demonstra as transferências da União comparadas às despesas de pessoal e administração geral do sistema previdenciário, segundo as duas interpretações antes mencionadas.

Ainda que se aceite a existência de uma "dívida" da União, não se pode, com propriedade, mencionar a insuficiência de transferência da União como causa do déficit previdenciário antes de 1979, porque não havia tal déficit. Não faria sentido, realmente, aumentar a transferência de recursos orçamentários para a Previdência Social num período em que esta, além de se expandir a taxas de 15% ao ano, era superavitária, com base nos seus recursos próprios. Neste caso, o racional seria alocar prioritariamente os recursos orçamentários para outros setores mais carentes, principalmente porque a Previdência não constitua reserva financeira para cobrir eventuais déficits no futuro. Ao contrário, todos os superávits anteriores foram consumidos de forma instantânea.

Assim, pode-se especular que, se a União houvesse transferido, no passado, recursos adicionais para a Previdência, teria ocorrido uma expansão ainda maior

Tabela 7

Dívida da União

Cr\$ milhões — moeda corrente

Ano	Transferências União (1)	Pessoal e administração geral* — diferenças			
		Inclusive pessoal atividade-fim (2)	Exclusive pessoal atividade-fim (3)	(1-2)	(1-3)
Até 1973**				(2.791)	(2.791)
1974	1.759	3.153	2.387	(1.394)	(628)
1975	2.722	6.037	4.097	(3.315)	(1.375)
1976	3.819	10.661	6.796	(6.842)	(2.977)
1977	7.457	14.752	9.562	(7.115)	(2.105)
1978	10.596	22.329	16.482	(11.733)	(5.886)
1979	14.200	37.547	24.992	(23.347)	(10.792)
1980	19.550	63.024	39.363	(43.474)	(19.813)
1981	111.461	185.992	139.508	(74.531)	(28.047)
1982	288.673	305.567	206.465	(16.894)	82.208
Total				(191.436)	7.794

* Na despesa de administração geral estão computados Cr\$ 89 bilhões de juros pagos pela Previdência aos bancos privados, nos últimos anos.

** O valor registrado até 1973 corresponde à dívida acumulada da União, registrada no balanço da Previdência. Adotou-se o mesmo valor para as duas hipóteses porque só a partir de 1974 foi possível obter dados que contemplassem a desagregação das despesas do pessoal ligado às atividades-meio e às atividades-fim do Inamps.

de gastos, elevando o patamar de despesa a tal nível que resultasse, inclusive, em demandas de recursos crescentes no futuro.

Situação diferente se configura em 1979 e 1980, quando, apesar de a Previdência Social mostrar-se deficitária, a União continuou a reduzir suas transferências.

Assim, se a União tivesse contribuído com 8% da receita própria do Sinpas (média no período 1970-78) em 1979 e 1980, não haveria déficit em 1979, ocorrendo ainda uma redução do déficit em 1980. Mas já em 1981, mesmo restabelecendo-se o nível normal de contribuições da União, ocorreu um déficit orçamentário de Cr\$ 118,9 bilhões e um déficit de caixa de Cr\$ 194 bilhões. Da mesma forma, apesar das contribuições extraordinárias em 1982 e do supe-

rávít orçamentário apresentado pelo Sinpas, em 31 de dezembro de 1982 o saldo devedor junto aos bancos foi de Cr\$ 31,9 bilhões.

Em resumo, pode-se afirmar que o problema financeiro apresentado pelo Sinpas, a partir de 1979, é de natureza mais complexa e grave do que a "dívida" da União faz supor.

As imputações que se tem feito publicamente à insuficiência de recursos da União como a grande causa do problema do Sinpas, além de confundir, dificultam a aceitação, pela opinião pública, da discussão de aspectos mais substantivos dos problemas do sistema previdenciário.

4.4 Assistência médica

Para que uma discussão sobre Previdência e Assistência Social seja posta em seu devido contexto, talvez seja necessário que passemos pelo exame de algumas das falácias e meias-verdades que cercam este tema.

Uma das mais freqüentes é aquela que atribui o déficit previdenciário a despesas "excessivas" e "imprevisíveis" com assistência médica. Como vimos, as despesas com assistência médica declinaram como percentual da despesa total, nos últimos anos.

Quanto à não-previsibilidade, trata-se de uma meia-verdade, pois os gastos com assistência médica são realmente imprevisíveis a nível de cada indivíduo; todos sabem ou ouviram falar de alguém que entrou em um hospital pensando gastar uma determinada quantia e acabou pagando substancialmente mais, em virtude de complicações reais ou mesmo "forjadas"! No que se refere à assistência médica oferecida pela previdência, alguns casos raíam a fronteira do folclórico, para dizer o menos.

Ocorre, no entanto, que, para um conjunto suficientemente grande de indivíduos — e ninguém poderá afirmar que a clientela previdenciária é pequena — as despesas com assistência médica podem ser razoavelmente previstas. Assim, a teoria indica e a prática comprova que "não há sustos" em relação às despesas com assistência médica previdenciária, que segue tranqüila e suavemente sua marcha declinante.

Resta pouca dúvida de que, com o mesmo volume de recursos, a previdência social poderia oferecer uma assistência médica quantitativa e qualitativamente superior àquela que presenciávamos. É por demais óbvio que fraudes, abusos e mesmo pura ineficiência administrativa produzem uma despesa maior do que aquela necessária sob condições ideais.

Ocorre, no entanto, que condições ideais são, em geral, apenas um referencial teórico a ser atingido. Em termos de uma instituição do porte do Inamps, é lícito presumir que os ganhos e perdas de eficiência se processem de forma bastante lenta.

Semelhantermente ao problema dos recursos da União, a assistência médica causaria déficit se, repentinamente, expandisse seus gastos em face da receita de contribuições, o que não vem ocorrendo.

Outra linha de argumentação freqüentemente levantada — e igualmente falaciosa — é a de que, sendo a assistência médica prestada conforme a disponibilidade dos recursos existentes, pode-se atribuir qualquer déficit a um excesso de dispêndio do Inamps. O fato é que as outras fatias em que é dividido o bolo

de contribuições previdenciárias estão-se expandindo, enquanto míngua, relativamente, o quinhão da assistência médica.

Finalmente, vale ressaltar que a assistência médica situa-se dentre os objetivos da Previdência Social desde seus primórdios. É conveniente lembrar que, usualmente, é mais racional, mais humano e sobretudo mais econômico prestar assistência médica ao trabalhador do que pagar a ele ou a seus dependentes os benefícios decorrentes de invalidez ou morte.

Assim, a tentativa de minimizar o déficit da Previdência Social através da racionalização nos dispêndios com assistência médica, apesar de desejável, deve ser operacionalizada com muita cautela. Racionalização não pode e não deve ser sinônimo de racionamento, desagradável na maioria das vezes, e socialmente inaceitável no caso de assistência médica.

4.5 Sonegação de contribuições

Aliada aos fracos controles da máquina fiscal previdenciária, a própria situação de conjuntura econômica difícil, altas taxas de inflação e elevadas taxas reais de juros podem estar induzindo os empresários (e outros contribuintes) a postergar os recolhimentos à Previdência Social ou simplesmente não realizá-los. Como agravante dessa tendência, registre-se que a concessão de facilidade para quitação de débitos, que tem sido um procedimento usual da Previdência Social, pode estar estimulando a inadimplência, na medida em que gera expectativa de anistias futuras.

Poder-se-ia também supor que o nível de custos da Previdência Social é o responsável pela sonegação. O raciocínio seria simples. O empresário confronta-se com uma vasta lista de tributos e encargos sociais: imposto sobre circulação de mercadorias (ICM), imposto sobre produtos industrializados (IPI), Programa de Integração Social (PIS), Previdência, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), Fundo de Investimento Social (Finsocial) etc. Deixando de pagar qualquer destes, sua situação estará irregular de qualquer maneira, acarretando restrições de toda ordem. Se, porventura, o empresário não puder ou não desejar manter-se absolutamente em dia perante o "fisco", talvez uma das opções razoáveis seja deixar de pagar à Previdência. Dependendo do ramo de atividade, a contribuição previdenciária pode representar um dos maiores custos. Assim, dentro de uma lista de prioridades para pagamento, a Previdência Social pode ocupar (e, ao que parece, muitas vezes ocupa) um dos últimos lugares.

Se aceitarmos este tipo de raciocínio, quanto mais cara for a contribuição previdenciária, em face das demais imposições fiscais e parafiscais, maior seria o nível de evasão. É sem dúvida uma hipótese intrigante a ser testada.

Voltemos, no entanto, à relação de causa e efeito entre sonegação e déficit. Da mesma forma que a ineficiência da assistência médica, a sonegação só pode ser considerada como causa do aparecimento do déficit, caso haja um acréscimo da margem de evasão de um período para outro. Em outras palavras, se um percentual constante de valor das contribuições deixa de ser arrecadado em cada período, as taxas de crescimento da receita são iguais àquelas obtidas caso a totalidade do montante fosse arrecadado.

Existem alguns indicadores muito frágeis de que teria ocorrido um acréscimo de evasão de receita no período 1979-80. Se o processo de deterioração prosseguiu, certamente estaria identificada uma das causas do aparecimento do déficit.

Por outro lado, uma providência saudável para o restabelecimento do equilíbrio do sistema seria um esforço no sentido de aumentar a eficiência do processo de arrecadação, ao invés de se recorrer a um aumento de alíquotas.

Observe-se que, neste último caso, aqueles que não pagam são premiados, pois continuarão não pagando contribuições majoradas. O “bom contribuinte” arca com toda a cobertura do déficit. Se aceitarmos que o nível de evasão depende do nível de alíquotas, é provável que alguns destes últimos repensem sua opção, cruzando a fronteira rumo à sonegação.

Assim, esta discussão sobre sonegação pode levar a conclusões ambíguas. Se houve crescimento da margem de evasão, certamente está identificado um dos fatos geradores do déficit; teórica e moralmente, dever-se-ia investir um máximo de esforço na cobrança do que é devido, antes de qualquer outra medida.

Na prática, a inércia da máquina administrativa alonga o período de tempo em que estes ganhos de eficiência do processo de arrecadação podem ser esperados. No caso da previdência, o déficit correu mais rápido do que a burocracia, fazendo com que o Governo recorresse ao remédio amargo de aumento de alíquotas, que, como vimos, pode apresentar alguns efeitos colaterais indesejados.

Resta, no entanto, uma questão fundamental a ser resolvida, ou seja, a maior sonegação é causa dos crescentes custos do sistema previdenciário, ou justamente ocorre o inverso?

Não se trata da velha questão de quem nasceu primeiro — o ovo ou a galinha — mas simplesmente da definição de um sistema previdenciário que seja desejado e viável para a sociedade brasileira. Em suma, além da melhoria dos controles, há que se redefinir o nível da carga contributiva suportável pelos contribuintes, sem o que todo o esforço pode resultar inútil, em uma hipótese otimista, ou nocivo, na pior opção.

4.6 Relacionamento com a rede bancária (“conta única”)

A discussão sobre a chamada “conta única” tem sido freqüentemente tão intensa quanto mal informada. Vejamos se podemos aclarar um pouco a questão.

Na situação atual, a rede bancária arrecada, em uma conta específica, as contribuições previdenciárias. Em virtude do prazo de reciprocidade estabelecido no convênio bancário, o produto desta arrecadação fica retido na rede bancária por um período médio de 8,33 dias. Por este serviço é cobrada uma taxa de 0,20% de cada cruzeiro arrecadado.⁴

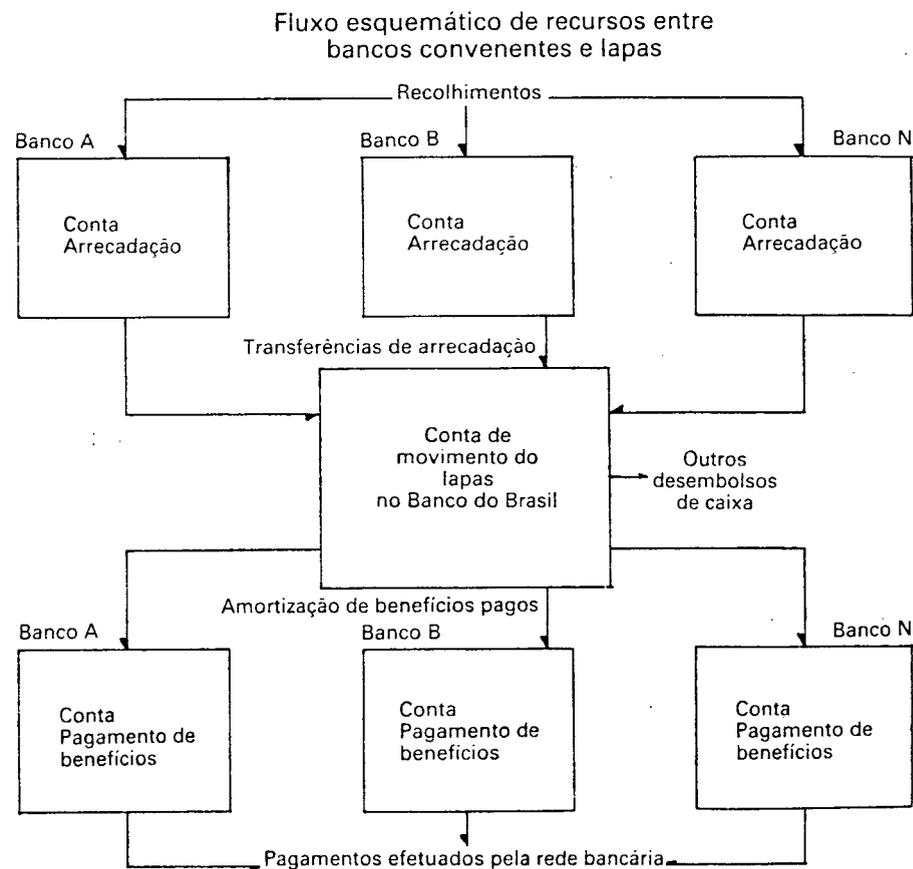
A rede bancária também presta à Previdência, através de outra conta específica, serviço de pagamento de benefícios, recebendo a remuneração de 0,35% por cada cruzeiro de benefício pago.

Estas duas contas não se comunicam diretamente. Os recursos arrecadados são transferidos a uma conta de movimento geral mantida pelo Iapas no Banco do Brasil, no prazo devido. Por sua vez, o Iapas deve suprir, com 48 horas de antecedência, a cobertura da conta “pagamento de benefícios”.

Havendo ou não esta cobertura, a rede bancária paga estes benefícios. No último caso estabelece-se imediatamente uma antecipação de recursos, sobre os quais incidem juros nominais iguais à taxa de redesconto do Banco Central.

A figura 1 ilustra os fluxos de recursos entre bancos convenientes e o Iapas.

Figura 1



⁴ Novos acordos poderão ter sido realizados entre a Previdência e a rede bancária, após a data da redação do presente artigo.

Observe-se que não só pode acontecer, como tem freqüentemente ocorrido, situações de saldos negativos na conta de pagamento de benefícios, simultâneos a saldos positivos na conta arrecadação. Desta forma, as taxas reais de juros sobre os adiantamentos (saldos negativos na conta de pagamento de benefícios) são muito superiores à taxa nominal explicitada.

A proposta de "conta única", constantemente veiculada, resume-se a que os bancos cobrem juros, se for o caso, sobre montantes efetivamente devidos, ou seja, sobre o saldo líquido das duas contas.

Ainda sob este aspecto, vale lembrar que as operações com a Previdência Social proporcionam alta lucratividade aos bancos convenientes. Além dos juros e do prazo de reciprocidade, observe-se que as taxas de remuneração por serviço de arrecadação de contribuições são indexadas mensalmente, tendo-se em vista os reajustes salariais. O reajustamento semestral de benefícios, da mesma forma, corrige em igual período os montantes pagos à rede bancária a título de remuneração por estes serviços.

Soma-se a isto o fato de que o pagamento de benefícios da Previdência Social ocorre nos primeiros 10 dias do mês, quando grande parte da arrecadação não está disponível, devido, principalmente, à retenção.

Assim, os mecanismos através dos quais a Previdência se relaciona com a rede bancária passam a realimentar o déficit à medida que provocam juros e outros custos financeiros maiores, comparativamente, do que àqueles que seriam pagos sob condições mais otimizadas.

5. Equilíbrio do seguro social — evolução e perspectivas da relação inativos/ativos

A análise desenvolvida nos itens anteriores deste trabalho conduz a indícios de que na raiz dos problemas do Sinpas estaria um crescimento extremamente elevado das despesas com o seguro social.

Tudo o mais constante, o equilíbrio de um sistema previdenciário em repartição depende da relação entre o número de ativos e o número de inativos (aposentados, pensionistas, recebedores dos vários auxílios etc.).

A figura 2 demonstra o crescimento de contribuintes e de beneficiários da Previdência Social desde sua criação, em 1923, até o presente. Nele se pode constatar claramente o acelerado crescimento dos contribuintes, em decorrência de sucessivas incorporações de novas categorias laborais ao sistema.

Dado o período de carência estabelecido (cinco anos), os primeiros beneficiários — aposentados e pensionistas — ingressaram no sistema somente em 1929, estabelecendo uma relação entre inativos e ativos de cerca de 1/13,00, como demonstra a figura 3. A partir desse ano, a entrada regular de beneficiários, no sistema, suplantou a entrada de contribuintes — oriundos das novas caixas que foram sendo criadas — e a relação aumentou, atingindo 1/8,59 em 1933. A criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos (1933), dos Comercários (1934), dos Bancários (1934), das Caixas de Aposentadorias e Pensões dos Trabalhadores em Trapiches e Armazéns (1934) e dos Operários Estivadores (1934) provocou a redução contínua da relação inativos/ativos, que atingiu 1/30,36 em 1938, com a instalação do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI).

Figura 2
Ativos e inativos (em 1.000)

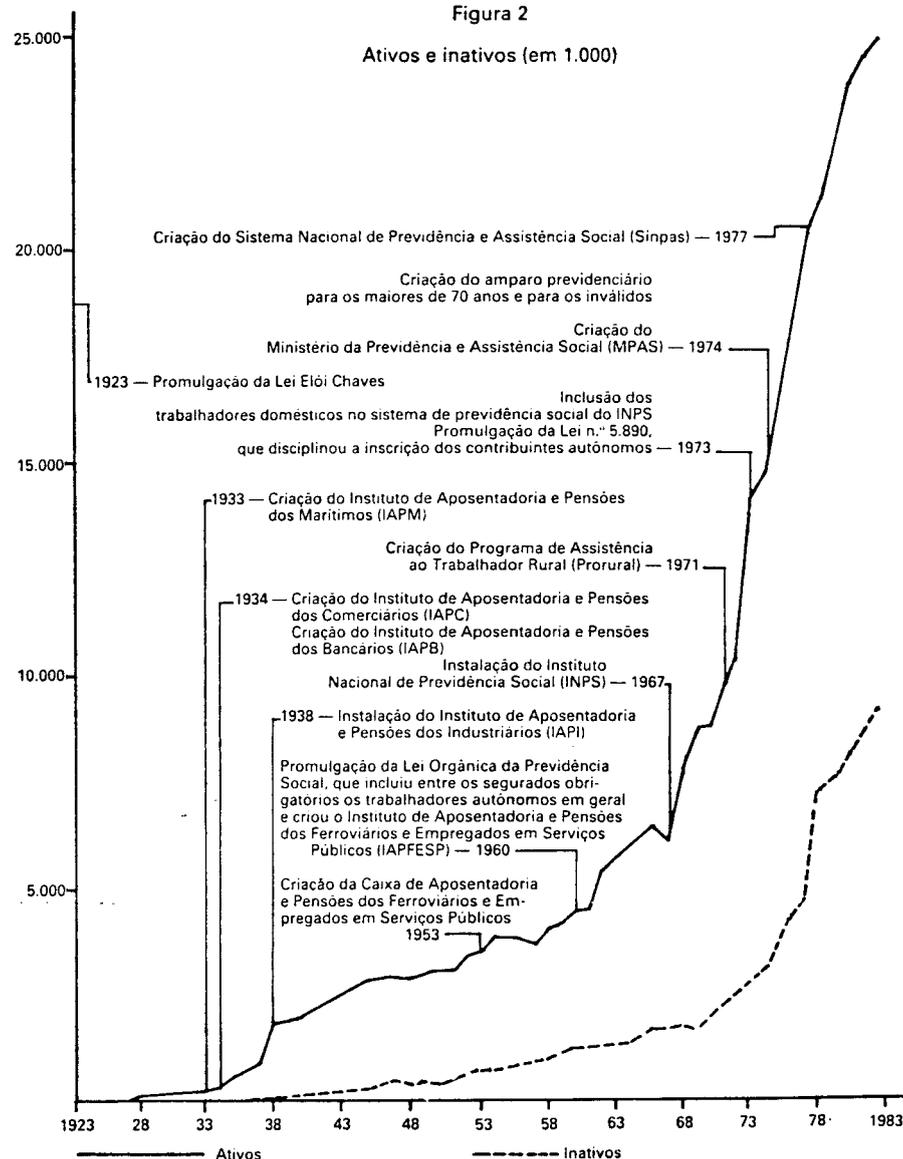
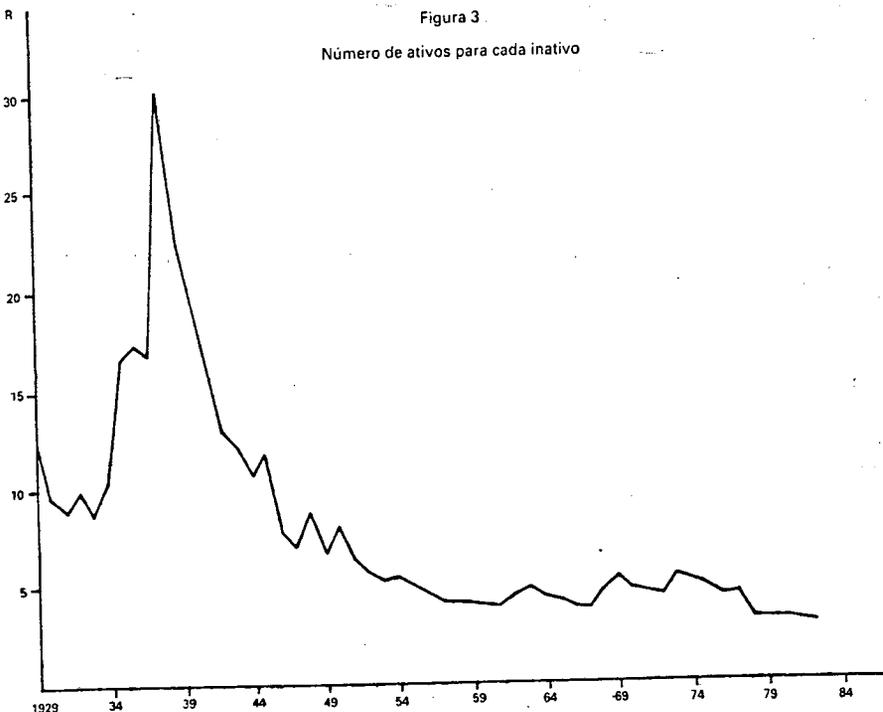


Figura 3
Número de ativos para cada inativo



Ao grande aumento no número de contribuintes (111,6% em relação ao ano anterior), determinado pela instalação do IAPI, seguiu-se um progressivo aumento no número de beneficiários, que fez com que a relação aumentasse continuamente, com algumas retomadas esporádicas, proporcionadas, por exemplo, pela instalação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1967, pela inclusão dos trabalhadores domésticos e pela regularização da inscrição dos contribuintes autônomos em 1973. Outras medidas, como a criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural em 1971 e a criação do amparo previdenciário para os maiores de 70 anos e para os inválidos em 1974, provocaram grande aumento no número de beneficiários e contribuíram também para que a relação inativos/ativos chegasse a 1/2,74 em 1982.

É claro que a utilização de totais de contribuintes e de beneficiários marcará algumas características importantes que deveriam ser levadas em conta em uma análise mais detalhada do problema. Assim, por exemplo, um beneficiário que seja trabalhador rural recebe como aposentadoria por velhice metade de um salário mínimo. Já um trabalhador urbano recebe, em média, pelo mesmo benefício, cerca de 1,7 vez o salário mínimo.

A verdade é que, mesmo reconhecendo-se estas limitações à análise, a relação de dependência no sistema de seguro social brasileiro já atingiu níveis consideravelmente altos. Apenas a título de ilustração, a tabela 8 apresenta a proporção inativos/ativos em alguns países.

Tabela 8

País	Relação de dependência
	1981
Japão	1/5,52
EUA	1/3,23
Brasil	1/2,74
França	1/2,67 ¹
Alemanha	1/1,77 ²

Fonte: Tamburi, C. Escalation of state pension cost: the reasons and the issues. *International Labour Review*, Geneve, International Labour Office, 12 (3):313-28, May/June 1983.

¹ 1980.

² 1979.

Como toda comparação internacional, esta também deverá ser interpretada com extrema cautela. Dadas as diferenças de renda *per capita*, uma relação de 1/1,77 na Alemanha poderá ser mais suportável que a verificada no Brasil. O excedente taxável dos ativos, acima do consumo essencial, é substancial em países desenvolvidos, possibilitando o custeio de um contingente pesado de inativos.

Quanto às perspectivas, não há no horizonte sinais de um futuro menos problemático para o sistema previdenciário brasileiro. Estudos recentemente realizados⁵ indicam que a estrutura etária da população brasileira do final deste século mostrará um considerável envelhecimento da população. A queda da fecundidade poderá acarretar que a proporção de pessoas acima de 60 anos, no ano 2000, seja cerca de 15% maior do que a atual.

Por outro lado, o crescimento da expectativa de vida faz com que aumente a duração dos benefícios. Por exemplo, um aposentado por tempo de serviço aos 55 anos de idade tem hoje uma esperança de vida de 17,39 anos, se for homem, ou de 20,91, se for mulher.

Quanto ao crescimento dos contribuintes, dois são os fatores fundamentais: evolução da população economicamente ativa (PEA) e mercado de trabalho. A queda de taxa de fecundidade poderá provocar, já nesta década, um crescimento menor da PEA. Também o acelerado processo de urbanização que o país atravessou nas últimas duas décadas parece ter chegado próximo do seu limite. Assim, do lado da demanda de empregos urbanos — e por conseguinte na formação da massa de contribuintes potenciais do sistema previdenciário — espera-se uma queda na taxa de crescimento.

Do lado da oferta de empregos, as perspectivas também não são nada brilhantes, a menos que ocorra um crescimento do produto a níveis bastante acelerados ou mudanças radicais da alocação trabalho/capital no processo produtivo. O mesmo se pode dizer sobre os ganhos de salário real.

Resumindo, tudo indica que o sistema previdenciário caminha a passos largos para uma crise de caráter estrutural, da qual tivemos apenas os primeiros sintomas.

6. Evolução recente dos benefícios

A análise daquilo que se poderia qualificar de problemas estruturais do seguro social requer um exame bastante preciso da evolução passada e perspectivas futuras das despesas com benefícios. A rigor, dever-se-ia dispor de projeções atuariais que, dentro das hipóteses de trabalho explicitadas, fornecessem um panorama do provável comportamento de cada espécie de benefícios oferecidos pelo sistema previdenciário.

Infelizmente, os estudos desenvolvidos neste sentido no âmbito do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea)/Instituto Nacional de Pesquisas Econômicas e Sociais (Inpes) ainda não foram concluídos. Assim, utilizaremos apenas as observações relativas aos últimos quatro anos, do número e do valor dos benefícios de prestação continuada como base para algumas inferências.

A utilização de dados relativos a um período extremamente curto faz com que toda e qualquer conclusão deva ser interpretada com a devida cautela. Mesmo reconhecendo estas limitações, o exame das tabelas que se seguem fornece fortes indícios de que alguns tipos de aposentadorias — por tempo de serviço comum e especial e por velhice — estariam experimentando taxas de crescimento extremamente elevadas sob qualquer ponto de vista.

⁵ Carvalho, J. A. M.; Paiva, P. T. A.; Paiva, C. A. & Samer, D. R. T. *O novo padrão demográfico brasileiro e seus impactos sobre alguns setores da política social: educação, mão-de-obra e previdência social*. Belo Horizonte, UFMG/Cedeplar, nov. 1981.

É claro que sempre existe a possibilidade de que o período 1979-82 seja "atípico". À falta de um melhor conhecimento do fenômeno, é prudente considerar que estas taxas de crescimento poderão manter-se relativamente estáveis a curto prazo. Neste último caso, será visto adiante, não seria possível custear o sistema da forma que hoje está estruturado, sem recorrer a sucessivos aumentos de alíquotas de contribuição ou de outras modalidades de tributação da sociedade.

Tendo presentes estes pontos, passemos aos dados.

A tabela 9 fornece um panorama da distribuição, em número e em valor, dos benefícios urbanos e rurais, e respectivas taxas de crescimento. Em particular, vale observar a evolução, em valor, dos benefícios urbanos, que, como visto, representam mais de 2/3 do dispêndio total com benefícios de prestação continuada.

Tabela 9

Benefícios urbanos e rurais de prestação continuada (Médias 1979-82)
(%)

Tipos de benefício	Participação no total		Taxas de crescimento*	
	Em número	Em valor**	Em número	Em valor**
Urbanos	67,76	84,81	6,25	10,78
Rurais	32,24	15,19	8,59	9,28
Total	100,00	100,00	6,99***	10,54***

Fonte: Tabulações Dataprev.

* Médias das taxas anuais.

** Valores deflacionados pelo maior salário mínimo vigente em dezembro de cada ano.

*** Forma de cálculo: dividindo-se o número de beneficiários na mesma data do ano anterior.

— médias ponderadas:

$$\frac{6,25 \times 67,76 + 8,59 \times 32,24}{100} = 7,01 \cong 6,99$$

idem para valor

$$\frac{10,78 \times 84,81 + 9,28 \times 15,19}{100} = 10,55 \cong 10,54$$

A tabela 10 apresenta a distribuição e o crescimento dos benefícios da previdência social urbana. Observe-se que, embora representem apenas cerca de 40% do número de benefícios na média dos quatro anos, as aposentadorias correspondem a um percentual da ordem de 62% do valor dos benefícios urbanos de prestação continuada.

Deixa também bastante claro que as aposentadorias experimentaram uma evolução extremamente rápida nos últimos quatro anos.

Tabela 10

Benefícios urbanos de prestação continuada (Médias 1979-82)
(%)

Tipo de benefício	Participação no total		Taxas de crescimento*	
	Em número	Em valor**	Em número	Em valor**
Aposentadorias	39,99	61,96	8,50	12,81
Pensões	25,77	18,15	6,79	10,51
Renda mensal vitalícia	16,65	5,92	-0,14	1,07
Auxílios	15,15	12,26	8,07	7,15
Outros	2,44	1,71	-1,63	4,19
Total	100,00	100,00	6,25	10,78

Notas e fonte: veja tabela 9.

Finalmente, a tabela 11 analisa mais detalhadamente as aposentadorias urbanas. Como já anteriormente ressaltado, as espécies tempo de serviço, especial e velhice apresentaram crescimento extremamente elevado, incompatível com qualquer perspectiva de crescimento da receita, por mais favoráveis que sejam as perspectivas de crescimento econômico do país.

Tabela 11

Aposentadorias urbanas (Médias 1979-82)
(%)

Tipo de benefício	Participação no total		Taxas de crescimento*	
	Em número	Em valor**	Em número	Em valor**
Invalidez	50,91	28,82	6,29	11,58
Tempo de serviço	31,17	53,43	9,51	12,47
Velhice	13,09	10,52	14,81	17,67
Especial	4,45	6,96	10,56	14,17
Outras	0,38	0,27	- 9,16	- 7,50
Total	100,00	100,00	8,50	12,81

Notas e fonte: veja tabela 9.

Vale ainda observar que as aposentadorias por tempo de serviço e especiais somam cerca de 35,5% do número de aposentadorias urbanas, enquanto, em valor, chegam a um percentual da ordem de 60% do total. Ainda que alguns aposentados por tempo de serviço pudessem estar aposentados por idade, fica patente o peso deste tipo de aposentadoria no elenco dos benefícios previdenciários e a sua importância na geração dos desequilíbrios econômico-financeiros.

7. Aspectos de equidade do sistema de seguro social

Um estudo sobre os aspectos redistributivos do sistema previdenciário brasileiro certamente demandará uma quantidade de dados e informações que, no momento, não está disponível para nós. Assim, restringiremos a análise a alguns comentários sobre possíveis distorções do sistema de seguro social, enfocando basicamente o problema da aposentadoria por tempo de serviço.

De fato, o Brasil é um dos poucos países do mundo que oferece este tipo de benefício. Como demonstra a tabela 12, em nosso país exige-se um mínimo de tempo de efetiva contribuição (60 meses) e não há exigência de que o aposentado deixe de trabalhar.

Tabela 12

Os sete países onde há aposentadoria por tempo de serviço

País	Tempo de serviço (anos)		Tempo de contribuição (meses)		Necessidade afastamento emprego
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	
Brasil ¹	30 ² 35 ³	30 ³	60	60	Não
Egito	20 ²	20 ²	240	240	Sim
Equador	35 ³ 25 ⁴	35 ³ 25 ⁴	420 300	420 300	Não
Iraque	30	25	360	300	Sim
Itália	35	35	420	420	Sim
Kuwait	20	20 15 ⁵	240	240 180	Sim
Líbano	20	20	240	240	Sim

¹ Aposentadorias especiais por tempo de serviço a partir de 15 anos para certas classes.

² Reduzida.

³ Integral.

⁴ Reduzida, a partir de idade de 45 anos, 300 meses de contribuição e 6 meses de desemprego.

⁵ Se casada, mãe, divorciada ou viúva.

A tabela 13 mostra o percentual de aposentados por tempo de serviço até cada idade, na data de início do respectivo benefício. Observe-se que 59,21% dos homens que hoje estão aposentados por tempo de serviço tinham, na data de início do respectivo benefício, até 55 anos de idade. Para o sexo feminino, esta mesma proporção eleva-se para 73,27%.

Tabela 13

Percentual de aposentados por tempo de serviço* até cada idade, na data de início do benefício

Idade na data início de benefício (anos)	Sexo		
	Masculino	Feminino	Ambos os sexos**
Até 45	4,41	10,93	5,05
Até 50	28,25	44,48	29,43
Até 55	59,21	73,27	59,61
Até 60	81,90	90,05	81,56

* Espécie B.42.

** Inclui também os benefícios para os quais o cadastro não contém o item sexo.

Obs.: o que falta para somar 100 equivale aos que quando se aposentaram por tempo de serviço tinham mais de 60 anos.

No debate sobre aposentadorias por tempo de serviço é bastante comum ouvir-se a afirmativa:

“A expectativa de vida do brasileiro é muito baixa. Se for estabelecido um limite de idade ninguém praticamente usufruiria deste benefício.”

De fato, como demonstra a tabela 14, a expectativa de vida ao nascer, do brasileiro, embora crescente, é ainda bastante baixa.

Ocorre, no entanto, que a expectativa de vida ao nascer é pouco relevante para a análise do problema da aposentadoria por tempo de serviço. Como demonstra a tabela 15, a esperança de vida em cada idade é bastante diversa. Vencida a barreira da mortalidade infantil, a expectativa de vida realmente cresce significativamente. Por exemplo, um indivíduo do sexo masculino que, em 1970, tivesse 50 anos de idade, viveria em média mais 20,67% anos, atingindo a idade de cerca de 70 anos.

Isto significa que alguém que tenha começado a trabalhar aos 14 anos de idade poderia estar aposentado aos 50 anos, com benefício integral, ou aos 45 anos, com aposentadoria proporcional. Nestes casos, sendo do sexo masculino, receberia benefícios, respectivamente, por 20,67 anos ou 24,25 anos. Se houver dependentes (esposa, filhos menores ou inválidos), ainda existirá uma pensão após o falecimento do aposentado.

Tabela 14

Ano de nascimento	Esperança de vida ao nascer (anos)	
	Homens	Mulheres
1910	33,4	34,6
1920	33,8	35,2
1930	35,7	37,3
1940 — 1950	43,3	43,1
1950 — 1960	52,3*	
1960 — 1970	54,9	59,0
1970 — 1975	58,8	63,1
1975 — 1980	61,3	65,5

Fonte: FIBGE. Anuário Estatístico do Brasil, 1981.

* Ambos os sexos.

Tabela 15

Esperança de vida, por sexo e idade — 1970

Idade (anos)	Esperança de vida (anos)	
	Homens	Mulheres
0	55,06	59,22
1	60,67	64,84
5	58,38	63,20
10	53,80	58,66
15	49,10	53,96
20	44,58	49,40
25	40,23	45,02
30	36,03	40,78
35	31,96	36,55
40	28,00	32,42
45	24,25	28,48
50	20,67	24,62
55	17,39	20,91
60	19,51	17,48
65	12,03	14,27
70	9,96	11,39

Fonte: FIBGE. Anuário Estatístico do Brasil, 1981.

Diagnóstico e perspectivas

Vale ainda lembrar que, no caso da legislação brasileira, são requeridos 30 ou 55 anos de serviço em *alguma atividade hoje abrangida pela Previdência Social Urbana* para aposentadoria proporcional ou integral; são, no entanto, necessárias *apenas 60 contribuições mensais como carência*.

Sob o aspecto de equidade, é importante que se tenha em mente o diferencial de expectativa de vida segundo o nível de renda. Este diferencial é o máximo quando se trata da expectativa de vida ao nascer, dada a forte influência da renda sobre os níveis de mortalidade infantil. Embora cada vez menores, estes diferenciais existem também no que toca à esperança de vida em cada idade.

Este fato introduz uma nova consideração na análise do aspecto de justiça social da aposentadoria por tempo de serviço. Aqueles indivíduos de baixa renda, sobreviventes à mortalidade infantil e que porventura tenham tido a precaução de coletar e guardar toda a documentação comprobatória do tempo de serviço, são exatamente os que, em média, tendem a usufruir menos do benefício.

A figura 4 compara os valores médios de alguns tipos de benefícios, expressos em salários mínimos de novembro de 1982. Observa-se claramente que o valor médio de uma aposentadoria por invalidez, sendo inclusive superior à remuneração média mensal da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS).

É claro que o simples diferencial de perfil etário das populações de aposentados por tempo de serviço e por invalidez já ensejaria alguma diferenciação do valor médio do benefício, tendo-se em vista a correlação existente entre rendimentos e idade dos segurados. Embora ainda não tenha sido possível uma quantificação, é provável que grande parte do diferencial explique-se pelo fato de que as populações de aposentados por tempo de serviço provêm de um conjunto de segurados relativamente "mais ricos" do que a população de segurados como um todo, de onde se originam os aposentados por invalidez.

Em suma, há alguns indicadores de que poderá estar ocorrendo um processo redistributivo às avessas no caso das aposentadorias por tempo de serviço e especiais.

8. Considerações finais

A discussão sobre o problema da Previdência e Assistência Social no Brasil deverá ultrapassar os estreitos limites da projeção e análise das causas de eventuais déficits para situar-se em um plano bem mais amplo, onde as questões realmente centrais venham à luz.

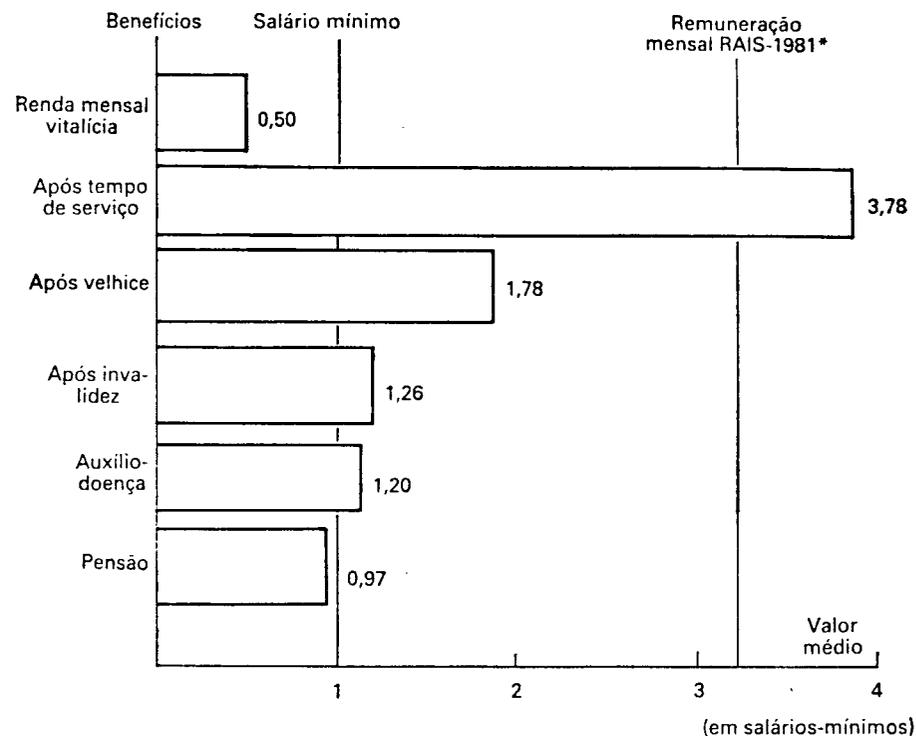
Ao que tudo parece indicar, o fardo de contribuições necessárias ao custeio do seguro social, a ser passado às futuras gerações de contribuintes, tende a tornar-se cada vez mais pesado.

Ao lado da questão de viabilidade, a distribuição dos ônus e dos benefícios decorrentes de cada alternativa para um sistema de proteção social deve ser cuidadosamente examinada, para que a solução de compromisso, oriunda do processo político, melhor atenda a quem realmente precisa, sem penalizar exageradamente a sociedade.

Assim, a nosso ver, é necessário que os próprios conceitos básicos de um sistema de seguridade social sejam discutidos da forma mais ampla possível, desmistificando-se alguns tabus, aclarando-se as meias-verdades e equacionando-se corretamente um problema que não é só do Governo, mas de praticamente todos os cidadãos deste país.

Figura 4

Benefícios em manutenção em novembro/82
Valor médio (em salários mínimos)



Julgamos que só através de debate poderemos chegar a um sistema viável e justo, que atenda aos legítimos anseios da população, sem recair em esquemas paternalistas ou assistencialistas. Se, por um lado, a utopia do *welfare state* parece estar-se desfazendo como uma miragem, por outro recrudescem idéias absurdas, como a privatização total do seguro social, herança nefasta do obsoleto conceito de *laissez-faire*. É preciso estar atento, sobretudo, para que a atual crise pela qual atravessa o sistema previdenciário seja motivo de evolução e não de involução, tanto no plano teórico-conceitual quanto no plano prático.

Temos que procurar fugir das soluções simplistas, que visem apenas os problemas de curtíssimo prazo, impostas verticalmente à população. É sempre bom lembrar que um dos princípios básicos sobre o qual se fundamenta a Previdência Social é o da solidariedade. Para que este princípio deixe o campo apenas da retórica e venha a imbuir as atitudes dos cidadãos, é fundamental que estes se conscientizem dos problemas previdenciários, conheçam as perspectivas que lhes reserva o futuro e participem ativamente na escolha das soluções.

Julgamos que a melhor forma de restaurar a abalada credibilidade no sistema de Seguridade social é através da verdade, comunicada de forma simples e direta. É preciso deixar claro que, em geral, ao "direito adquirido" de receber um determinado benefício corresponde um "dever adquirido" de pagar as contribuições que sejam necessárias. É preciso que todos entendam que se alguém está recebendo mais do que paga é porque alguém está pagando mais do que receberá. É preciso acabar com os mitos.

Por mais óbvia que pareça a afirmativa, nunca é demais repetir que benefícios não são como o maná, que cai gratuitamente do céu; pelo contrário, custam e muito à população, principalmente em um país pobre como o Brasil, onde muitas vezes a contribuição previdenciária é feita com sacrifício do próprio consumo essencial. Assim, é fundamental que se criem mecanismos de participação e controle da sociedade sobre o sistema previdenciário, para que este caminhe cada vez mais, sempre dentro dos limites do viável, na direção de prioridades realmente sociais, privilegiando a clientela de baixa renda, quer nos custeio, quer nos serviços oferecidos.

Summary

Within the strict limitations of their knowledge, the authors of this article intend to provide a contribution to an informed discussion of questions related to the Brazilian Social Security and Welfare system, offering data and information capable to allow the reader to form his own opinion about the problems involved.

It is worth pointing out that the present degree of knowledge on such problems is not sufficient to permit the designing of alternatives that, effective from an economic and financial viewpoint, may at the same time be reasonably socially just. On the other hand, to extensively and informedly discuss the problem itself may lead to such alternative solutions, being important to stress that this idea of an ample discussion must necessarily transcend the sphere of the Executive Power, to be situated with a broader representativeness in the context of society as a whole.

O MERCADO DE SERVIÇOS MÉDICOS

JOSÉ RODRIGUES FILHO*

1. Introdução; 2. Mecanismo de mercado; 3. As leis de oferta e procura no mercado; 4. Fracasso do mercado e a intervenção governamental; 5. Utilização dos serviços médicos; 6. Conclusão.

1. Introdução

Numa economia de mercado, as questões econômicas básicas de produção e distribuição de serviços médicos são resolvidas racionalmente, ao nível individual. Por outro lado, os fracassos das decisões privadas individuais são, frequentemente, mencionadas para apoiar políticas de iniciativas governamentais.

Antes de focar os fracassos de um mercado privado de serviços médicos, torna-se essencial entender o funcionamento de um sistema de mercado e a maneira como as pessoas são motivadas e os recursos são alocados.

Este artigo apresenta, inicialmente, algumas explicações de como seriam alocados os recursos ao setor saúde, com base no argumento tradicional do mecanismo de mercado e, em seguida, discute os fracassos deste mercado bem como alguns trabalhos empíricos desenvolvidos para explicar a relação entre utilização e oferta de serviços médico-hospitalares, e o crescimento do volume destes serviços no Brasil.

2. Mecanismo de mercado

Toda nação deve apresentar respostas a certas questões referentes à prestação de serviços médicos, tais como *o quê* produzir, *como* produzir e *para quem* produzir.

Que espécie de serviços deve ser produzido? A resposta a esta pergunta refere-se à maneira pela qual os recursos serão alocados às diferentes modalidades de serviços. Que proporção de recursos será destinada à saúde preventiva, curativa, hospitais e diagnósticos?

Como devem ser prestados os serviços médicos? Será que elevado volume de recursos destinados à saúde curativa será adequado à população, caso não se leve em consideração outros fatores influentes na elevação do padrão de saúde, tais como habitação, transporte, alimentação e saneamento? Como combinar os recursos disponíveis para produzir serviços de saúde? Deve o médico trabalhar

* Professor no Departamento de Administração da Universidade Federal da Paraíba, mestre em administração hospitalar pela Polytechnic of the South Bank, London, e PhD pela Universidade de Manchester. (Endereço do autor: Rua Dr. Chateaubriand, 53 — 58.100 — Campina Grande, PB.)

isoladamente ou em grupo? Os serviços deverão ser prestados em ambulatórios, clínicas ou hospitais? Seria mais econômico incluir as parteiras e os curandeiros nos grupos de assistência médica, já que diferentes combinações de trabalho e capital podem ser utilizadas na prestação de serviços médicos?

Quem receberá os serviços prestados? Dada a limitação de recursos, torna-se esta uma pergunta difícil de ser respondida, envolvendo até discordâncias de ordem ética. Deve-se investir mais na realização de cirurgias de ponte de safena, no país ou no exterior, como na famosa clínica de Cleveland, ou investir mais em programas de saúde preventiva em regiões carentes destes serviços? Vale mencionar aqui o que diz o médico Jayme Landmann: "Não há propriamente escassez de capital para o setor saúde, mas mau uso. Os principais problemas de saúde de nossa população não são os problemas cardíacos ou renais. Mas gasta-se muito mais em dezenas e centenas de unidades coronárias, de cirurgia cardíaca e de hemodiálise que servem a muito poucos, do que em planos para resolver os problemas mais representados pela subnutrição, pela gastrenterites, pelas doenças infecciosas, pelas endemias rurais."¹

Num sistema de mercado puro, no sentido de que nenhuma interferência governamental ou individual seja adotada, a resposta a estas questões seria dada ao nível individual, sendo os recursos alocados com base no mecanismo de oferta e procura. No sistema de mercado, supõe-se que, quando os indivíduos podem escolher, agem de maneira mais racional para satisfazer seus interesses.

3. As leis de oferta e procura no mercado.

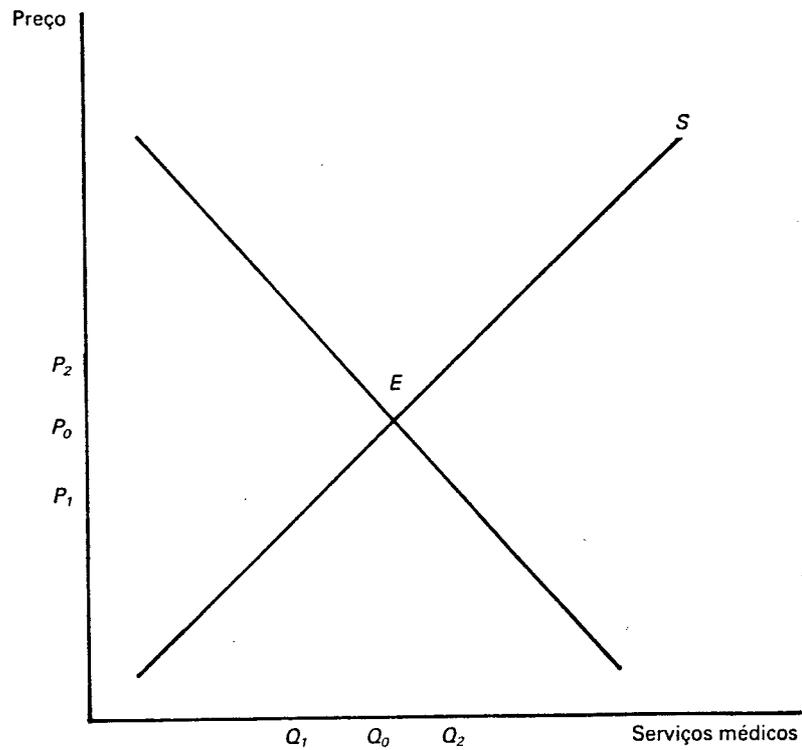
As convencionais curvas de oferta e procura no mercado de serviços médicos serão apresentadas, a seguir, de maneira simplificada, com base na análise econômica elementar, tão conhecida dos iniciantes em estudos de economia.

Na figura 1 chamaremos de *S* a curva de oferta que indica a quantidade de serviços que os produtores (médicos, hospitais, dentistas etc.) desejariam produzir a cada preço diferente ou a cada preço das unidades de serviço. Chamaremos de *D* a curva de procura dos consumidores (pacientes), indicando a quantidade de serviços médicos que se deseja comprar aos diferentes níveis de preços. Portanto, *S* e *D* apresentam as relações entre oferta e procura. A um preço mais elevado, os produtores oferecerão maiores quantidades de serviços — daí a inclinação positiva de *S* — enquanto, a um preço mais baixo, a quantidade de serviços procurada pelos pacientes aumentará — daí a inclinação negativa de *D*.

Vê-se, pois, que os preços são importantes nas decisões de consumo, já que cada decisão representa um custo de oportunidade. Uma consulta de Cr\$ 15 mil significa que menos deve ser gasto em roupa, diversões, alimentação ou qualquer outro bem de consumo. A um preço mais baixo, as consultas tornam-se relativamente atraentes, visto que pouco afetam o consumo de outros bens. Por outro lado, consultas a preços mais elevados acarretam custos de oportunidade mais elevados, deixando os pacientes com menor poder aquisitivo para consumir outros bens.

Assim sendo, supõe-se que a elevação dos preços resulta em menor quantidade de serviços médicos consumidos. A resposta dos indivíduos aos diferentes

Figura 1
Oferta (S) e procura (D)



níveis de preços depende, ainda, das preferências, preços de similares e níveis de renda. Por exemplo, um paciente acometido de gripe comum pode sentir que uma simples visita à farmácia seja suficiente para o seu tratamento, como o substituto mais econômico de uma consulta médica.

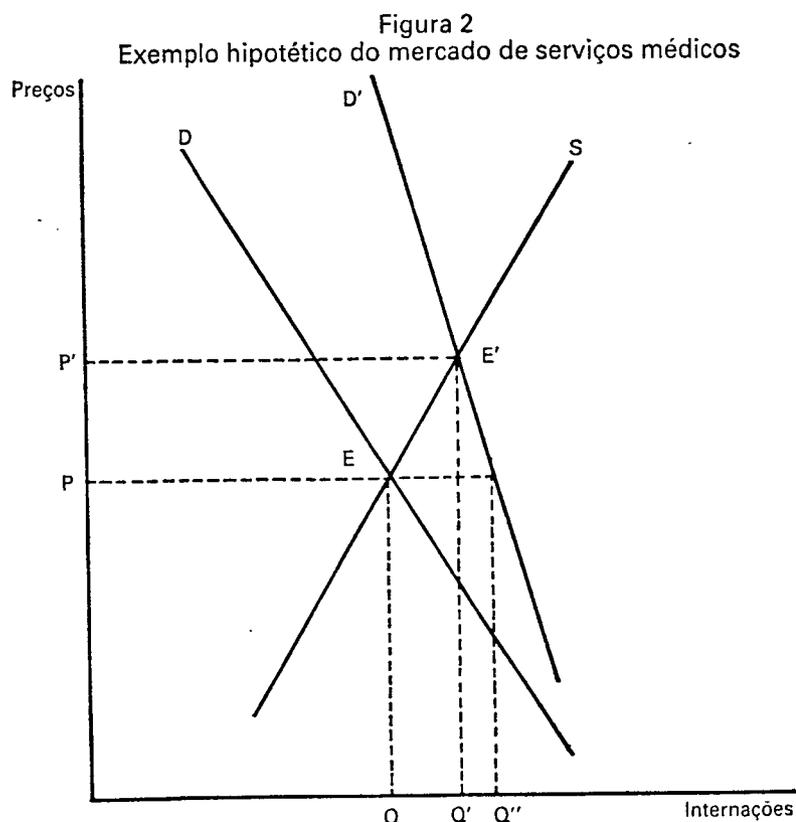
Observa-se, por outro lado, que a oferta de serviços é positivamente relacionada com os preços. Os produtores procuram obter o máximo de lucro. A preços mais elevados, supõe-se que haja maior produção de serviços, atraindo hospitais e profissionais de saúde para suas atividades.

A interseção das curvas de oferta e procura na figura 1 (P_0, Q_0) representa o único preço ao qual consumidores e produtores desejariam a mesma quantidade de serviços. O ponto *E*, portanto, representa o preço e a quantidade em equilíbrio. A um preço mais elevado do que P_0 (digamos P_2), os produtores encontrariam resistência por parte dos consumidores para comprar todas as unidades de serviços oferecidas no mercado. Assim, os produtores seriam forçados a reduzir o preço até P_0 , ponto em que consumidores procurariam precisamente a

¹ Landmann, J. *Evitando a saúde & promovendo a doença*. Rio de Janeiro, Achiamé, 1982. p. 22.

mesma quantidade de serviços que os produtores gostariam de oferecer (Q_0). Semelhantemente, a um preço mais baixo do que P_0 , consumidores procurariam muito mais do que a quantidade que produtores desejariam produzir. Este movimento de preços persistiria até que o preço atingisse P_0 , ponto em que a procura seria perfeitamente satisfeita (Q_0).

Suponhamos que S , D e E representassem a situação do mercado antes da elaboração do Plano de Pronta Ação, em 1974. A adoção deste plano afetou a procura, fazendo com que a quantidade de serviços aumentasse (hospitalizações, consultas etc.), levando a curva de procura a se deslocar para a direita, ou seja, de D para D' (figura 2). Assim, ao preço de equilíbrio anterior, P , os consumidores desejariam Q'' de unidades produzidas, ou seja, maior número de hospitalizações ou consultas. O excesso de quantidade procurada sobre a quantidade oferecida elevaria os preços, levando os produtores a oferecerem maior quantidade de serviços. Com o aumento dos preços, a procura tenderia a diminuir e novo equilíbrio seria fixado em E' . A diária hospitalar ou consulta aumentaria de P para P' , e o número de internações ou consultas de Q para Q' . Observa-se que Q' é menor do que a quantidade procurada pelos consumidores, caso persistisse o preço de equilíbrio anterior.



Obviamente, esta análise é uma simplificação do mercado real de serviços médicos e apresentada apenas para mostrar o mecanismo de alocar recursos no âmbito do mercado. A economia de saúde nem sempre se conforma com a teoria, e o mecanismo de mercado resultaria numa alocação ineficiente de recursos, dadas as características da indústria de serviços de saúde.

4. Fracasso do mercado e a intervenção governamental

O fracasso do mercado em alocar recursos eficientemente cria a oportunidade de intervenção governamental, como forma de organização econômica.

A indústria de serviços médicos tem características que a diferenciam de outras indústrias que são diretamente afetadas pela força do mercado. Uma completa análise destas características está contida no trabalho do economista Kenneth Arrow² e de muitos outros estudiosos, cabendo aqui, portanto, apenas pequenos comentários.

Em trabalho publicado nesta revista, Araújo³ discutiu as características da indústria de serviços médicos, comentando que "não se pode esperar que, ao contrário do que ocorre com a maioria dos bens de consumo, o livre jogo da oferta e procura venha resultar na alocação adequada dos serviços à população, de modo a atender aos desejos ou às necessidades de todos".

Uma característica do setor saúde é o problema das *externalidades*. As externalidades são resultados positivos ou negativos de ações dos consumidores ou produtores, implicando a ineficiência do sistema de mercado, caso os recursos fossem alocados na dependência das forças de oferta e procura. Determinados cuidados médicos criam não só benefícios privados (benefícios internos), mas também benefícios externos, como, por exemplo, um programa de vacinação de âmbito nacional. Num sistema de mercado muitos indivíduos deixariam de se vacinar contra a poliomielite por acharem o custo da vacina elevado. Em não se vacinando, estes indivíduos não só aumentariam a probabilidade de contrair a doença, como a de transmiti-la a outras pessoas. Assim sendo, os efeitos negativos de ações motivadas por interesses pessoais podem acarretar custos externos para a sociedade.

Outra característica diz respeito à *ignorância do consumidor*. Em geral, o consumidor tem uma idéia razoável da qualidade de muitos bens adquiridos, porém, em se tratando de serviços médicos, a situação é diferente. Conseqüentemente, os consumidores são influenciados, em geral, pelas recomendações dos produtores (médicos ou hospitais) no tocante à quantidade de serviços consumidos. As recomendações médicas não resultam, necessariamente, no consumo economicamente eficiente da quantidade de serviços, sobretudo quando os médicos desempenham a prática médica sob o pagamento de unidade de serviço (US), já que podem ser motivados a elevarem suas rendas com base nos serviços prestados. Além disto, nem sempre o médico informa o paciente da validade de tratamento alternativo de sua doença. Se os consumidores não

² Arrow, K. J. Uncertainty and the welfare economics of health care. *American Economic Review*, Nashville, Tennessee, American Economic Association, 53:941-73, Dec. 1963.

³ Araújo, J. D. de. As peculiaridades do mercado de serviços de saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 11(3):97-109, jul./set. 1977.

são capazes de distinguir entre um bom ou mau tratamento, o funcionamento de um sistema de mercado resultaria em incentivos para exploração dos consumidores, em vez de eficiência.

Uma terceira característica se refere à *incerteza*. Geralmente, não se sabe quando se adoecer. Podem-se planejar os gastos com roupas e perfumes para as festas juninas ou natalinas, porém não se sabe quando se adoecer. A doença é imprevisível. Surge inesperadamente.

Estas características econômicas distintas sugerem que, no setor saúde, os recursos não sejam alocados pela via do mecanismo do mercado, levando, portanto, o governo a desempenhar papel significativo na produção e distribuição dos serviços médicos, de maneira eficiente. Assim, "a oferta por parte do setor privado de certos bens provoca efeitos indesejáveis que se requer a interferência do setor público da economia nesse campo".⁴

Todavia, o setor público não é um mecanismo ideal que, automaticamente, corrigirá as ineficiências do sistema de mercado. As ações governamentais, frequentemente, não se concretizam como esperadas e planejadas, sendo, às vezes, improdutivas. Torna-se necessário estudar as vantagens e limitações das ações econômicas do setor público, já que se sabe que muitos programas governamentais são menos efetivos do que se antecipa, causando frustrações e abusos em muitas áreas. Assim como se mencionam os fracassos do sistema de mercado, podem-se, também, mencionar os fracassos do setor público, o qual tem levado alguns planos à ineficiência econômica.

No caso específico do setor saúde, o crescente volume de recursos alocados pelo Inamps às atividades médicas de caráter curativo, não parece ter trazido resultados otimistas em termos da melhoria do padrão de saúde da população.

Podemos citar quatro características que bem descrevem a formação institucional do nosso subsistema de prestação de serviços médicos:

- a) propriedade pública de pequena parcela dos órgãos produtores de serviços;
- b) propriedade privada (parte lucrativa) de grande parcela dos órgãos produtores dos serviços;
- c) ausência de preço no ato do atendimento;
- d) financiamento dos serviços pelas contribuições previdenciárias.

Vê-se, assim, que o governo não assumiu completa responsabilidade do setor. A intervenção governamental concentrou-se mais na administração financeira das contribuições previdenciárias, pagas compulsoriamente pelos contribuintes, as quais são, em parte, repassadas arbitrariamente para os produtores dos serviços, sem qualquer fiscalização por parte da sociedade. A única participação da sociedade é financeira, através do aumento das contribuições, sobretudo quando o sistema está em crise causada, em parte, por fraudes e pelo que a administração malbarata. A produção dos serviços pelo setor privado baseia-se, naturalmente, no postulado de que quanto maior o volume de serviços, maior sua taxa de lucros.

⁴ Haveman, R. H. & Knopf, K. A. *O sistema de mercado*. São Paulo, Pioneira, 1966. p. 244.

Argumenta-se que as ações governamentais, nos últimos anos, vieram contribuir mais para a acumulação de capital por parte das empresas hospitalares lucrativas do que para a melhoria dos padrões de saúde da população.

Estudando o setor saúde brasileiro, Braga & Goes de Paula afirmaram: "Nos últimos dez anos a política nacional de saúde deu prioridade à medicina previdenciária, reduzindo a importância do segmento relativo a medidas coletivas, incluindo o saneamento. Isto se fez através da articulação entre Estado e capital privado, na área industrial, de serviços e financeira, que vieram a conformar um amplo espaço para a acumulação de capital."⁵

A expansão dos atendimentos hospitalares, no Brasil, não retrata, forçosamente, as necessidades da população, já que a utilização hospitalar está associada à oferta de leitos que cresceu significativamente, nos últimos anos, principalmente os ofertados pela indústria hospitalar lucrativa. Esta associação entre leitos e utilização hospitalar deve ser entendida para melhor se avaliar se o setor público está alocando os recursos financeiros baseando-se nas reais necessidades da população ou, como já se mencionou, nos leitos hospitalares monopolizados pelo setor privado.

5. Utilização dos serviços médicos

As hospitalizações da população urbana, no Brasil, aumentaram de uma em cada 18 pessoas, no início da década de 70, para uma em cada nove pessoas, no final da mesma década. A expansão do seguro social foi o principal fator na explicação deste crescimento de hospitalizações e na elevação dos custos médico-hospitalares. A interdependência entre leitos e hospitalizações contribui, também, para o crescimento das internações. Sabe-se que o estoque de leitos aumentou consideravelmente nos últimos anos, sobretudo os da rede privada de hospitais, os quais estão concentrados nos grandes centros urbanos.

O modelo tradicional de ajustamento do mercado é insatisfatório para explicar a relação entre as disponibilidades de leitos e a utilização, especialmente num sistema em que o preço da hospitalização é zero para o consumidor, no ato do atendimento. Embora os preços dos serviços médico-hospitalares tendam a aumentar quando há excesso de demanda, provavelmente não tendem a diminuir quando a oferta excede a demanda. É mais provável uma queda da taxa de ocupação, do que uma queda de preços dos serviços. O que se constata, durante anos, é que os preços dos serviços médicos têm sempre aumentado. Torna-se, portanto, oportuno comentar, se bem que resumidamente, alguns trabalhos empíricos que tratam do problema da relação entre leitos e uso hospitalar.

No final da década de 50, Shain & Roemer,⁶ nos EUA, e Forsyth & Logan,⁷ na Inglaterra, evidenciaram fatos que apoiaram a hipótese de que a oferta de leitos e a demanda de serviços médicos são interdependentes: "Hospital beds

⁵ Braga, J. C. S. & Goes de Paula, S. *Saúde e previdência*; estudos de política social. São Paulo, Cebes-Hucitec, 1981. p. 101.

⁶ Shain, M. & Roemer, M. I. Hospital costs relate to the supply of beds. *The Modern Hospital*, Chicago, Crain Communications, 92(4):71-3, 1959.

⁷ Forsyth, L. & Logan, R. F. L. *The demand for medical care*. London, Oxford University Press, 1960.

that are built tend to be used" e "the number of beds used is the number available", concluíram, respectivamente, os autores mencionados, que foram criticados por terem descoberto uma lei hospitalar. Em outro trabalho sobre o Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra, desenvolvido pelo economista Martim Fudstein,⁸ evidenciou-se a grande influência das disponibilidades de leitos sobre a oferta de serviços.

Considerando que a teoria econômica clássica, como um mecanismo de regulamentação dos preços, não se aplica ao setor saúde, Jacques van der Gaag,⁹ na Holanda, também verificou que o estoque de leitos é a principal variável que influencia a utilização hospitalar.

No Brasil, pesquisas desta natureza são quase inexistentes, não obstante o crescimento vultoso do volume de serviços prestados e a expansão da rede hospitalar privada que, atualmente, detém cerca de 70% dos leitos existentes no país. Em recente trabalho referente à prestação de serviços médico-hospitalares, no estado da Paraíba, constatamos esta associação entre leitos e utilização hospitalar.¹⁰

Dada a concentração de leitos hospitalares nas regiões mais privilegiadas (grandes centros urbanos), o governo federal tem acumulado mais recursos nessas áreas do que em áreas mais carentes, aumentando, assim, as desigualdades quanto à prestação de cuidados médicos. Além disto, o baixo investimento público em instalações médico-hospitalares, em áreas mais carentes, é corroído pela ociosidade, o que representa maiores custos para a sociedade.

Não obstante as recomendações oficiais referentes à utilização da capacidade instalada, na prática é o setor privado que determina quantos pacientes devem ser hospitalizados e como devem ser tratados.

Também em recente trabalho, questionou-se a "eficiência" da rede lucrativa de hospitais, especialmente porque esta atua maciçamente nos internamentos da especialidade de clínica médica, já que as internações de clínica médica não são operacionalmente bem definidas, a exemplo das internações das clínicas cirúrgicas e obstétricas.¹¹ Muitos pacientes com diagnóstico de clínica médica utilizam, apenas, os serviços hoteleiros do hospital (banho, alimentação, leito etc.), enquanto nas demais especialidades a utilização de recursos é mais intensa. Forsyth & Logan evidenciaram que aproximadamente um quarto dos pacientes de clínica médica, na Inglaterra, ocupava leitos desnecessariamente.¹²

No Brasil, onde a rede privada atua maciçamente nesta categoria de hospitalização, acredita-se que os serviços hoteleiros dessas instituições sejam mais intensos do que propriamente os serviços médicos.

⁸ Feldstein, M. S. Hospital planning and the demand for care. *Bulletin of the Oxford University Institute of Economics and Statistics*, Oxford, England, Basil Blackwell, 26:361-8, 1964.

⁹ Van der Gaag, J. Determinants of hospital utilization in Netherlands. *Health Service Research*, Ann Arbor, Health Administration Press, 10:264-77, 1975.

¹⁰ Rodrigues Filho, J. A oferta e a procura dos serviços médico-hospitalares no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 17(4):95-101, out./dez. 1983.

¹¹ ——. O Inamps e a "eficiência dos hospitais privados lucrativos. *Revista de Administração*, São Paulo, Instituto de Administração da Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São Paulo, 18():93-7, 1983.

¹² Forsyth, L. & Logan, R. F. L. op. cit.

Ao contrário de países desenvolvidos, o maior percentual de hospitalizações, no Brasil, é registrado na especialidade de clínica médica, conforme mostra o quadro 1.

Quadro 1
Internações hospitalares no Brasil
Inamps — clientela urbana

Regiões	Total	Clínica médica	(%)
Brasil	7.262.301	3.949.129	54
Norte	170.454	83.696	49
Nordeste	1.122.174	589.015	52
Sudeste	3.693.559	1.903.021	52
Sul	1.725.592	1.029.736	60
Centro-oeste	550.522	340.661	62

Fonte: Inamps em dados. n.º 2/1979. MPAS/Inamps. Rio de Janeiro, Secretaria de Planejamento, Departamento de Informática, 1980.

É difícil justificar que este elevado percentual de internações na clínica médica, no Brasil, seja uma característica de país em desenvolvimento. O quadro 1 mostra que este percentual é mais elevado na região mais rica do país (Sul) do que na região mais pobre (Nordeste).

Infelizmente, as informações produzidas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) não oferecem condições para a realização de uma análise mais abrangente deste fenômeno. Embora a instituição disponha de um sofisticado serviço de computação eletrônica, este objetiva mais "controlar o aspecto quantitativo dos serviços produzidos pelas casas de saúde contratadas, a fim de agilizar o pagamento das contas hospitalares",¹³ do que fornecer informações sobre as características dos serviços e de seus pacientes.

A influência de interesses privados pode até não explicar este fenômeno, mas é na região Sul que se registra o mais elevado percentual de leitos privados, conforme dados de 1978.¹⁴ O elevado percentual de internações na especialidade de clínica médica é surpreendente, já que, nas palavras de Macedo, atual Diretor da Organização Pan-Americana de Saúde, "as necessidades de saúde de nossa população, em sua maioria, são de natureza simples, cujo atendimento adequado requer, apenas, recursos e técnicas a nível de cuidados primários. Essas necessidades correspondem a aproximadamente 90% da demanda total por serviços de saúde, dois terços dos quais poderiam ser atendidos sem a participação do médico".¹⁵

¹³ Souza, V. de. A assistência médico-hospitalar do sistema previdenciário brasileiro através de serviços contratados. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 16(3):115-50, jul./set. 1982.

¹⁴ *Anuário estatístico do Brasil*. Rio de Janeiro, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1980.

¹⁵ Macedo, C. G. *Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos*. Anais da VII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. p. 20.

Vê-se, assim, que, não obstante os fracassos do mercado em alocar eficientemente recursos, no setor saúde, a intervenção governamental parece ter fracassado, já que, em sua associação com o empresariado privado, está alocando parte dos recursos financeiros oriundos de contribuições previdenciárias da classe assalariada a atividades que tiveram "pouco impacto sobre o estado de saúde da população".¹⁶

A prioridade dada ao subsistema de saúde curativa, monopolizado pelo setor privado, contribuiu, segundo relatório do Banco Mundial, para a marginalização progressiva do Ministério da Saúde, cuja alocação orçamentária foi menor em termos reais, em 1970 e 1975, do que em 1965.¹⁷

Assim, o volume de recursos públicos aplicados pelo Inamps à assistência médica merece ser investigado por todas as camadas sociais, com vistas ao redirecionamento das políticas desta instituição, de modo que haja uma distribuição de recursos mais eficientes e mais justa em benefício de toda a população, repelindo os interesses privados ancorados no setor.

6. Conclusão

O funcionamento de um sistema de mercado, no setor saúde, pode causar uma alocação de recursos ineficiente, dadas as características dos serviços de saúde. Os fracassos de um mercado privado de serviços médicos possibilitam a intervenção governamental.

Todavia, no caso específico do Brasil, onde o subsistema de prestação de serviços médicos tem como característica principal a propriedade privada (parte lucrativa) de grande parte das agências produtoras de serviços, a intervenção governamental tem sido mais em termos de distribuir os recursos públicos, oriundos de contribuições previdenciárias, entre essas instituições, do que em termos de planejamento das reais necessidades da população. As autoridades do Inamps parecem não se preocupar com os efeitos da oferta de leitos e distribuição dos recursos de saúde sobre a utilização hospitalar.

O volume de serviços médicos prestados pelo setor privado, contratado pelo Inamps, cresceu significativamente nos últimos anos, tendo em vista as políticas voltadas para a marginalização do subsistema de ações de caráter preventivo, representado pelo Ministério da Saúde.

A intervenção governamental no setor saúde é justificável, porém a falta de controle, planejamento e fiscalização e a associação estatal com o empresariado privado culminaram com a acumulação de capital deste em detrimento da melhoria dos padrões de saúde da população.

A concentração de recursos privados em áreas privilegiadas está conduzindo o setor público a alocar mais recursos nessas áreas para acomodar os interesses capitalistas inseridos no setor, aumentando, assim, as desigualdades quanto à distribuição dos recursos e exigindo já, da classe assalariada, maior participação financeira oriunda de seus corroídos e inflacionados salários. Por outro lado, esta classe não participa das decisões e julgamentos daquilo que é universalmente considerado a maior possessão desejável de qualquer ser humano — saúde.

¹⁶ Landmann, J. op. cit. p. 24.

¹⁷ Knight, P. T. et alii. *Brazil: human resources special report*. Washington, D.C., World Bank, 1979.

Summary

The purpose of this paper is to discuss how a purely private market might allocate medical care resources. In the market system, the demand for services and goods is equated with available supply by movements in price.

However, the health services industry has some characteristics which distinguish it from those industries more directly affected by market forces. Therefore, the market's failure is often cited to support State intervention in the production and distribution of health services. However, it is worth pointing out that the market's system failure does not necessarily imply that State intervention is desirable.

There are many ways that the State can intervene in the private market for medical care. The principal institutional feature of the Brazilian health service is the private ownership of most health care agencies. Therefore, health is provided largely by private hospitals and the bulk of Inamps funds from contributions of the insured population go for hospital inpatient care provided by private hospitals.

The magnitude of federal government involvement in health care as a major purchaser of health care services needs to be investigated by society as a whole. Because most of medical care services are provided by private hospitals concentrated in the major urban areas, health resources continue to accumulate in wealthier areas. The effect of supply and distribution of health care resources on utilization seems not to be a great concern to our policymakers.

More than 50 per cent of all cases treated in Brazilian hospitals is classified in the specialty of general medicine and the private sector is the major provider of services in this medical specialty. On the other hand, it has been argued that the health needs of our population are largely of a simple nature. This fact can lead one to postulate that the private sector is providing more "hotel services" than medical treatment. Consequently, they are highly profitable.

Further, it has been stated that in terms of medical care, the Brazilian social security scheme up to now has privileged fundamentally the interests of capital investment in the health sector and not the interests of the social security beneficiaries.

Health care planning should become dominated by the needs of the population rather than the service. This implies a redirection of Inamps policies with a greater participation of consumers in decisions than the producers of health care.

**Reembolso Postal:
uma livraria em cada cidade**

prático, rápido, seguro