

2 - A constituição do mix privado/público na assistência à saúde

Telma Maria Gonçalves Menicucci

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MENICUCCI, TMG. A constituição do mix privado/público na assistência à saúde. In: *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 57-102. ISBN 978-85-7541-356-2. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

2

A Constituição do *Mix* Privado/Público na Assistência à Saúde

Se decisões governamentais em um determinado tempo modelam o processo político subsequente e têm efeitos institucionais, na medida em que definem ‘regras do jogo’ e em razão disso são potentes para explicar as políticas posteriores, o percurso analítico para explicar o formato institucional contemporâneo da assistência à saúde no Brasil deve partir dessas decisões, ou seja, do momento constitutivo dessa política pública, e a partir daí ir reconstruindo as relações das políticas públicas com o processo político-decisório posterior.

Em razão disso, este capítulo analisa o processo histórico de constituição do modelo de assistência à saúde no Brasil como um componente específico das políticas de saúde ao qual se limita este estudo. Será essa análise que dará fundamentação ao argumento desenvolvido para explicar os paradoxos da política atual. Visa-se analisar, especificamente, a constituição do *mix* privado/público na assistência à saúde e seus desdobramentos em termos da estrutura institucional desenvolvida em decorrência das decisões governamentais no sentido de expandir a assistência pública a partir, principalmente, da década de 60. Não se tratará aqui de buscar explicar, em termos de sua causalidade, a gênese da assistência pública na forma de um modelo que, desde então, assume as características de um *mix* privado/público. O que se pretende é descrever a configuração institucional e política decorrente de uma seqüência de decisões que fornecerá a chave para a interpretação da trajetória posterior e, fundamentalmente, dos limites que vão se estabelecer para a reforma sanitária a partir dos anos 80. De acordo com o argumento analítico que guiou este estudo, é

necessário partir da identificação das escolhas do passado, uma vez que as escolhas posteriores serão constrangidas pelas primeiras. Isso significa que o relato histórico é também uma construção analítica com base nos meus argumentos teóricos que justificam o corte temporal realizado, na medida em que o ponto de partida é a década de 60, embora não se deixe de remeter aos anos 30, quando é possível identificar as origens mais remotas do modelo gestado posteriormente.

Em síntese, este capítulo visa discutir a variável independente – as políticas de saúde prévias – consideradas aqui como de grande poder explicativo do formato da assistência à saúde atual, que tem como uma de suas características a existência de um sistema dual, composto por um segmento público formalmente universal e um setor privado autônomo, ambos fortemente institucionalizados e regulados. Essa variável se desdobra em diferentes processos que definem as suas características e efeitos, os quais especificam algumas das proposições analíticas mais gerais definidas no capítulo anterior:

- 1) As opções governamentais relativas à assistência à saúde no âmbito das instituições previdenciárias, a partir dos anos 30, mas particularmente a partir dos anos 60, favoreceram a constituição de uma determinada articulação entre a assistência pública e a privada, e principalmente a expansão do setor privado. Isso se deu tanto no caso do setor privado prestador de serviços de saúde, que passou a ter no setor público a garantia de um mercado cativo, quanto no setor empresarial organizador de formas privadas de assistência, também este sendo incentivado por meio da alocação de recursos financeiros públicos, que propiciaram o desenvolvimento de formas coletivas e empresariais de assistência, vinculadas à inserção no mercado de trabalho. Esses incentivos governamentais terão, assim, o efeito de contribuir para o estabelecimento de certos padrões de comportamento e de determinados investimentos por parte de atores privados do setor saúde, como efeitos *lock-in* das opções prévias, criando trajetórias difíceis de serem mudadas. Em consequência, essas opções governamentais influenciaram a constituição de atores e a estruturação dos interesses privados, e nessa medida condicionaram os conflitos políticos posteriores relativos às políticas de saúde ao estruturar a arena setorial.

- 2) Ao optar pela compra de serviços privados para expandir a assistência pública, outra consequência da política estabelecida nesse período foi o baixo desenvolvimento das capacidades estatais para a produção de serviços de saúde compatíveis com a trajetória de ampliação crescente da cobertura pública. Um efeito de *feedback* dessa opção será a crescente dependência governamental do setor privado, o que tornará o setor público vulnerável às pressões privadas e minará sua capacidade regulatória, em contexto de forte penetração dos interesses privados na burocracia previdenciária.
- 3) A expansão da assistência médica se deu a partir da segmentação entre os trabalhadores, objeto das políticas. A forma corporativa que caracterizou a criação e a expansão da previdência social brasileira, e vinculada a ela a assistência à saúde de maior proporção, expressou-se como uma conquista ou uma concessão para grupos particulares de trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho. Dessa forma, na sua origem, a assistência médica pública não se constituiu em razão de objetivos universalistas e igualitários, e ao longo do tempo foram se desenvolvendo formas variadas de segmentação, que se traduziam na inserção em instituições de saúde diferentes. Uma das consequências dessa segmentação institucional foi a ausência de uma efetiva solidariedade entre os trabalhadores e de uma consciência de interdependência, de forma a constituir uma coletividade.¹⁸ Isso vai se traduzir posteriormente na ausência de uma sustentação política efetiva, embora ela se desse formalmente, dos trabalhadores organizados a um sistema de saúde público universal.

O capítulo foi construído, principalmente mas não exclusivamente, com base em uma releitura da vasta literatura disponível. A partir da segunda metade da década de 70, floresceu no Brasil a pesquisa em saúde coletiva e desenvolveu-se uma vasta produção analítica sobre as políticas de saúde, no contex-

¹⁸ Situação que é diferente da identificada por Hochman (1998) ao analisar as políticas de saúde pública no Brasil da Primeira República. Um de seus pressupostos, e que sua pesquisa permite comprovar, é que as políticas públicas e nacionais de saúde resultaram da difusão e da consciência da interdependência, dos dilemas e problemas impostos pelo consumo de males públicos e pela produção de bens públicos e das oportunidades vislumbradas de obtenção de benefícios com a regulação estatal desses efeitos negativos. Se isso é bastante plausível para o caso das políticas de saúde pública, de caráter coletivo, não se aplica ao caso da assistência à saúde de caráter individual, na qual a segmentação e a corporativização foram a marca, de forma a fortalecer visões e demandas particularistas.

to de um grande debate em torno da ‘capitalização da medicina’ e do sistema previdenciário. Nesse período, foi produzida uma bibliografia significativa, que destacava entre os temas analisados a participação do setor privado no sistema público de prestação da assistência à saúde de caráter individual, a qual buscava evidenciar as articulações econômicas e ideológicas da prática sanitária em uma perspectiva histórico-estrutural. Alguns desses estudos praticamente se tornaram referências obrigatórias para todos que em algum momento se debruçaram sobre a compreensão das políticas de saúde brasileiras, e suas conclusões praticamente constituíram quase um consenso no campo analítico de maior relevância na área da saúde.

Os principais argumentos teóricos presentes nessas análises convergem no sentido de identificar a forma de expansão dos serviços de saúde como condicionada às necessidades de reprodução do capital no setor saúde, a partir do reconhecimento do caráter de classes das sociedades modernas – ponto de partida que ilumina a compreensão dos determinantes da intervenção estatal na sociedade e também na saúde. Vista como uma atividade econômica, a produção de serviços de saúde torna-se, com a ação estatal, um espaço importante para a acumulação capitalista pela integração entre empresas médicas e o Estado. Nessa perspectiva, a política assistencial acolheu os interesses dos prestadores privados de serviços e das empresas médicas ao privilegiar a prestação privada de serviços, mesmo que com a responsabilidade e o financiamento públicos, em vez de expandir a rede pública. Nesse sentido, a ação governamental se tornou instrumental aos interesses capitalistas, condicionada às preferências das classes dominantes.

Sem polemizar com as interpretações presentes nessa literatura, que em grande medida refletem as tendências teórico-explicativas dominantes no período e trazem a marca de um certo anacronismo dos esquemas analíticos,¹⁹ buscou-se aqui inverter a questão e indagar se as ações governamentais também não teriam condicionado o mercado político, de tal forma que o Estado não pode ser considerado apenas como refém dos interesses econômicos dos empresários do setor de saúde. Sem negar os interesses privados previamente

¹⁹ A marca característica de grande parte da produção teórica dessa fase é ter se constituído como um ‘saber militante’, o que, se do ponto de vista político valoriza essa produção, não o faz sem outros riscos do ponto de vista analítico.

constituídos, a política dos anos 60 não é entendida aqui como uma relação causal simples entre interesses econômicos e a criação de um determinado formato da política de saúde. Ao contrário, a política estabelecida contribuiu para a própria configuração do Estado, além de ter estruturado determinados interesses e gerado comportamentos fortemente imbricados ao setor público.

Apesar dessa inversão analítica, este capítulo tem como principal referência empírica os textos de maior repercussão normativa e/ou teórica dessa literatura produzida nos anos 70 e 80, visando recuperar a história das políticas de saúde do Brasil, especificamente o estabelecimento e o desenvolvimento do desenho institucional da prestação de serviços no âmbito das instituições previdenciárias, que teve como uma de suas características centrais a participação, de forma diversificada, do setor privado.²⁰

Antecedentes Históricos da Política de Assistência à saúde: a vinculação com a Previdência Social – segmentação e vinculação ao contrato de trabalho

A expansão da assistência médica individual no Brasil como política pública faz parte do processo de montagem e desenvolvimento da Previdência Social. A estruturação do sistema previdenciário, de forma incipiente a partir dos anos 20 e mais intensamente a partir dos 30, é o marco básico do sistema de proteção social montado no Brasil, por meio do qual se desenvolveu a sustentação pelo Estado dos direitos sociais.

Na medida em que se desenvolve incorporada aos benefícios previdenciários, ainda que de forma incipiente, a assistência médica de maior escopo, desde sua origem, vai ter as marcas da estrutura institucional da Previdência Social da qual fazia parte. Entre elas, a segmentação de clientela, com a

²⁰ Entre os livros mais difundidos e cujo referencial empírico será utilizado neste estudo destacam-se os trabalhos clássicos de Braga e Paula (1981), Cordeiro (1984), Donnangelo (1975), Luz (1986), Oliveira e Teixeira (1986), Possas (1981), Rezende e Mahar (1974). A maioria dos dados empíricos, documentais e estatísticos utilizados neste capítulo foi extraída dessa literatura, que, apesar das limitações justificadas pelas dificuldades de informações daquele período, é rica em evidências empíricas, sendo alicerçada em documentos, entrevistas, pronunciamentos, publicações da imprensa, seminários, congressos e dados obtidos em fontes governamentais. Em consequência, eles são suficientes para permitir uma caracterização institucional do *mix* privado/público no período que vai da década de 60 até a de 80.

correlata diferenciação das formas e dos serviços de saúde prestados aos diversos segmentos de trabalhadores que vão sendo incorporados, paulatina e diversificadamente, à Previdência Social. E, o que é fundamental, a assistência médica governamental se desenvolve como um benefício vinculado ao contrato de trabalho formal e com as características de seguro, ou seja, uma obrigação contratual de caráter contributivo, não se constituindo como uma prestação pública a que tem direito toda a população.

A expressão mais evidente dessa perspectiva securitária é a dicotomização que se estabeleceu na política de saúde brasileira até o final da década de 80, expressa em uma diferenciação funcional e institucional. Ao Ministério da Saúde couberam as ações de caráter coletivo que desde o início do século XX se difundiram no Brasil, sob a forma do ‘sanitarismo campanhista’.²¹ À Previdência Social, nos diversos formatos institucionais que assumiu ao longo de sua trajetória, coube a assistência à saúde de caráter individual, restrita aos segurados e seus dependentes.

As primeiras instituições previdenciárias surgidas por iniciativa estatal para os trabalhadores do setor privado, uma vez que já existiam diversas iniciativas voltadas para funcionários públicos, são as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), criadas nas empresas a partir de 1923 por determinação governamental e com a participação de recursos públicos. Nas CAPs já estava prevista a prestação de alguns serviços médicos aos trabalhadores cobertos e seus dependentes na condição de filiados ao seguro social, embora a legislação não especificasse a forma nem os recursos disponíveis para essa finalidade. A assistência era, entretanto, restrita aos trabalhadores vinculados às empresas com mais de cinquenta empregados para as quais havia a obrigatoriedade de criação de caixas. A forma de provisão dos serviços médicos se fazia desde então pela compra de serviços privados, escolha que foi justificada pela fragmentação do seguro social por empresa que tornava impraticável, do ponto de vista de escala, a manutenção de serviços próprios.²²

²¹ Cabe ressaltar que ações de assistência médica eram também desenvolvidas no âmbito do Ministério da Educação e Saúde até 1953 e, a partir daí, pelo Ministério da Saúde, mas de caráter e escopo bastante restritos e que não foram objeto deste trabalho.

²² Se entendemos que as decisões são resultado de escolhas entre alternativas, mesmo que estruturadas segundo parâmetros institucionais de diferentes ordens, é possível especular que outras escolhas poderiam ter sido feitas.

Na década de 30, o sistema previdenciário brasileiro passa por profunda reformulação, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que sucederam e foram absorvendo as CAPs. Em vez de serem vinculados a uma empresa como as caixas, os IAPs incorporam, cada um deles, uma categoria profissional e passam a ser de caráter nacional. Os efeitos da criação sucessiva de vários IAPs em relação à assistência médica consistiram, por um lado, em possibilitar a ampliação da assistência, ao estender a cobertura previdenciária às diferentes categorias profissionais, e, por outro, em institucionalizar a diferenciação dessa assistência conforme a categoria de trabalhadores, reproduzindo na saúde as diferenciações observadas nas características gerais de cada instituto. Até sua unificação, em 1966, as instituições previdenciárias eram marcadas pela heterogeneidade, em relação tanto à legislação específica quanto ao número de segurados, à arrecadação e às despesas, apesar de ser generalizada a precariedade das condições financeiras.

Essa nova estrutura previdenciária é implementada juntamente com a legislação trabalhista e sindical durante o governo Vargas, que, em conjunto, constitui a nova forma de regulamentação da relação capital/trabalho.²³

²³ As interpretações mais consagradas sobre a origem da Previdência Social brasileira identificam dois fatores explicativos principais, intimamente relacionados. Por um lado, o surgimento do modelo previdenciário brasileiro é visto como um projeto da classe empresarial, interessada em garantir condições mínimas de estabilidade aos trabalhadores, contendo conflitos e tensões que ameaçavam despontar no seio da classe operária em processo de crescente organização. Dessa forma, é consequência de uma tentativa da elite no poder de esvaziar a agitação operária mediante um enfoque reformista da questão social e sob a forma de concessão de direitos (Possas, 1981; Malloy, 1976; Cohn, 1981, 1996). Por outro lado, essa concessão sugere o atendimento de demandas históricas dos trabalhadores, tendo também o sentido de conquista de direitos sociais (Cohn, 1981, 1996; Donnangelo, 1975). Uma terceira interpretação corrente na literatura dos anos 70 e 80, e que em grande medida incorpora as anteriores, é uma atualização brasileira da hipótese da convergência em sua vertente marxista-estrutural, internacionalmente utilizada na interpretação da origem das políticas sociais. Nessa perspectiva, a criação e o desenvolvimento da Previdência Social são parte de um processo de reatualização, pelo Estado, de condições necessárias à preservação e aos desdobramentos da ordem social capitalista que se explicita com base na análise das situações históricas consubstanciadas na Revolução de 30. Essas seriam apenas particularizações de processos em desenvolvimento no conjunto do sistema capitalista, como as crises econômicas e pressões sobre a estrutura de poder atribuíveis às classes sociais. As tensões geradas pelas contradições econômicas, fazendo pesar sobre os assalariados urbanos o efeito das crises periódicas da economia de exportação e levando à sua adesão o movimento político revolucionário, explicam o desenvolvimento do processo político-econômico do governo Vargas, tanto de incorporação dos assalariados ao processo político quanto de promoção da industrialização. Se do ponto de vista dos assalariados a política trabalhista então estabelecida, englobando a Previdência Social e a legislação que regulamentava as relações entre o trabalho e o capital, é uma resposta a reivindicações de consumo de mínimo de bens e serviços, do ponto de vista do Estado trata-se de criar condições para a preservação e expansão da ordem capitalista por meio da reorganização dos fatores básicos de produção: capital e trabalho (Donnangelo, 1975).

O período Vargas que se inicia em 1930 marca um momento de reorganização das relações Estado/sociedade de forma corporativista, que teve como um de seus objetivos incorporar os trabalhadores urbanos ao jogo político, embora de forma subordinada ao Estado. Isso se deu pelo reconhecimento do trabalho organizado e de políticas sociais. Ao lado dos sindicatos e dos tribunais trabalhistas, a Previdência Social era uma instituição fundamental na estrutura legal montada para se apropriar do espaço de demanda e do espaço organizacional, definindo quem e como poderia representar o trabalho (Malloy, 1986; Menicucci, 1990).

No conceito consagrado de Santos (1979), estabeleceu-se no Brasil a ‘cidadania regulada’, que traduz a relação entre ocupação e cidadania, sendo reconhecidos determinados direitos sociais a setores de assalariados urbanos. Entre esses direitos, vai se inserindo o da assistência à saúde, mesmo que de forma secundária em relação às prestações previdenciárias propriamente ditas.

Entretanto, a expansão da cobertura previdenciária com a criação de vários IAPs não se traduziu em ampliação correspondente da assistência à saúde até os anos 60. O contexto de criação dos IAPs foi caracterizado por um esforço de restrição de despesas por parte das instituições previdenciárias, sendo uma de suas manifestações a queda real dos gastos com assistência médica, que, entretanto, mais do que expressar a restrição de gastos, refletia uma mudança de enfoque em relação à responsabilidade da Previdência Social na prestação de cuidados médicos. Com a criação do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI), em 1938, deu-se uma inflexão na estrutura previdenciária, vindo à tona uma concepção de previdência social mais restrita quanto aos benefícios, fixados em bases atuariais, seguindo um modelo de capitalização de reservas pelo qual se relegava a assistência a um plano secundário. Esta passa a ser condicionada às disponibilidades das instituições previdenciárias – e foram ainda estabelecidos tetos máximos para as despesas com esses serviços (Oliveira & Teixeira, 1986; Donnangelo, 1975; Cordeiro, 1984). Apenas no final dos anos 50 e, principalmente, no início da década de 60 é que ocorrerá uma substancial expansão da assistência médica previdenciária de

forma a constituir um novo padrão de atenção à saúde no país, até então, em grande parte, de natureza privada (Braga & Paula, 1981).²⁴

No âmbito dos institutos, a extensão dos serviços médicos e assistenciais era, em parte, condicionada às pressões da massa segurada, que apresentavam variações de intensidade entre as categorias profissionais. Isso se refletia nas variações do gasto com assistência médica, que, por exemplo, em 1964 iam de 20,2% do total de despesas no IAPI a 63,4% no Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários (IAPB), o mais pródigo dos IAPs em razão da capacidade também maior de mobilização e pressão dos bancários. Essa categoria incluía de forma mais ativa a assistência médica entre suas reivindicações. Nas demais categorias, embora a questão estivesse presente, não era prioritária (Cordeiro, 1984). Outro fator, contudo secundário, que pressionou a expansão da assistência médica pelos institutos foi a ocorrência de grande número de afastamentos por invalidez, que onerava o sistema previdenciário com o pagamento de benefícios pecuniários e punha em risco o seu equilíbrio financeiro. A assistência médica funcionando como prevenção favorecia a diminuição de concessão desse tipo de benefício (Donnangelo, 1975).

Isso significa que, apesar de os programas de assistência médica terem se ampliado, não se desenvolveu uma política deliberada de assistência à saúde nos IAPs. Somente com a Lei Orgânica da Previdência Social (Lops), promulgada em 1960, que propunha a uniformização dos benefícios previdenciários, a assistência médica passou a ser assumida como parte inerente da Previdência Social, devendo ser assegurada a todos os seus beneficiários. Ao mesmo tempo, por intermédio da Lops, o governo legitimou uma prática que já vinha existindo, permitindo que empresas atendessem seus empregados e dependentes mediante serviços próprios ou contratados. Mas mesmo na Lops, a assistência permaneceu condicionada às disponibilidades financeiras, não se definindo uma fonte específica de financiamento, embora já nessa época se identificasse entre alguns setores técnicos da previdência a necessidade de uma

²⁴ De acordo com a análise de Possas (1981), o crescimento das atividades dos IAPs no campo da medicina foi viabilizado pela expansão da indústria farmacêutica, que favoreceu a constituição de uma medicina de massa. No campo das idéias, a partir de 1945, com o advento das idéias *beveridgeanas* relativas a uma previdência ampla, assistencial e pública, as idéias de seguro social restrito foram parcialmente suplantadas.

fonte de custeio para a saúde. Essa característica de nascer imbricada à previdência como um benefício secundário em relação às prestações previdenciárias vai ser outra das marcas da assistência à saúde ao longo de sua trajetória. Nem mesmo a Constituição de 1988 – que consagrou em termos formais a obrigação pública em relação à saúde – logrou resolver a questão do seu custeio por meio de fontes independentes da Previdência. Apenas muito recentemente, pela Emenda Constitucional 29/2000, foram definidas fontes específicas para financiamento da saúde, questão que será retomada mais à frente.

O caráter secundário da assistência médica, como política pública no âmbito previdenciário até os anos 50, pode ser verificado pelas despesas com esses serviços em relação às despesas típicas do seguro social (aposentadorias e pensões), que constituíam a função básica da Previdência Social. Como mostram vários autores (Braga & Paula, 1981; Possas, 1981; Oliveira & Teixeira, 1986; Rezende da Silva & Mahar, 1974), embora tenha ocorrido aumento dos gastos reais com assistência médica no período de 1923 a 1949, os coeficientes em relação à despesa e à receita totais são decrescentes, e até 1950 não se verificou nenhuma expansão significativa da assistência médica individual. É na década seguinte que se torna expressiva a amplitude do sistema previdenciário como política de atenção à saúde, paralelamente ao correspondente processo histórico de centralização institucional e política. Do ponto de vista institucional, o desenvolvimento da Previdência Social logo no início do governo militar inaugurado em 1964 significou a unificação de todos os institutos em uma única estrutura institucional, abrangendo toda a força de trabalho, com a criação, em 1966, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que estendeu o seguro social para todos os assalariados urbanos. Ao absorver número cada vez maior de assalariados como contribuintes compulsórios, a Previdência Social passou a mobilizar volume crescente de recursos e aumentou progressivamente a participação da assistência médica no conjunto das despesas.²⁵

²⁵ Se em 1949 o gasto com a assistência correspondia a 7,3% da despesa total dos IAPs, em 1960 já era de 19,3%, atingindo em 1972, já então no âmbito do INPS, 24,4% dos gastos (Braga & Paula, 1981). De 1965 a 1969, os gastos com assistência médica cresceram 158%, ao passo que os com os benefícios previdenciários cresceram 70% (Bacha, Matta & Mondenesi, 1972, *apud* Braga & Paula, 1981).

Outro indicador da pouca relevância da assistência médica ou da ausência de uma política deliberada de assistência antes da década de 60 está no fato de que dos aproximadamente sete milhões de segurados que se incorporam ao INPS em 1967, por força da unificação dos IAPs, apenas cerca da metade contava com serviços médicos de forma regular. A outra metade provinha do instituto dos industriários, o IAPI, que apenas tardia e timidamente começava a incorporar a assistência médica entre seus benefícios, na medida em que era pouco pressionado por uma categoria ainda frágil politicamente, dado o desenvolvimento ainda incipiente da industrialização no Brasil. Entretanto, foi pioneiro de uma prática que se desenvolverá entre órgãos públicos: desde a década de 40, o IAPI destinava recursos de seu orçamento para garantir uma assistência diferenciada exclusivamente para seu quadro de funcionários.

Expansão da Assistência à Saúde como Política Governamental

Na década de 60, fica explicitada a disposição pública no sentido de tornar a assistência à saúde uma política governamental, situação que é evidenciada nos pronunciamentos, regulamentos, congressos e seminários do período, nos quais são constantes as temáticas da generalização e da institucionalização da atenção médica.²⁶ Após a criação do INPS, já no governo militar, quando se concretizou a unificação previdenciária nos termos previstos na Lops, é que vai se constituir um consenso no sentido de que o Estado deveria estender os serviços de saúde a toda a população. Paralelamente à extensão da cobertura previdenciária, que na década de 80 passou a abranger a quase totalidade da população urbana e parte da rural, verifica-se um movimento de ampliação da cobertura da assistência médica.

Dois fatores justificam o aumento da prestação de serviços médicos e dos gastos correspondentes no âmbito do INPS: em primeiro lugar, as

²⁶ Em estudo clássico das instituições médicas, Luz (1986) analisa as temáticas dominantes nos discursos institucionais do período 60/64, nos quais essa disposição pública é evidenciada. De acordo com sua interpretação, a universalização da atenção médica não foi uma reivindicação das classes subalternas nas lutas operárias ou nos movimentos sociais mais amplos, sendo, antes, um projeto de hegemonia burguesa conduzido pelas instituições médicas.

pressões pelo cuidado médico, em razão do processo de industrialização e urbanização, que colocou nas grandes cidades uma massa assalariada em más condições de trabalho e com baixa remuneração (Braga & Paula, 1981; Cohn, 1996); em segundo, a tecnicização e a elevação dos custos dos atos médicos. A partir dos anos 50, ocorre, de forma generalizada, em diferentes países, uma elevação substancial dos custos com assistência médica, associada às transformações científicas e tecnológicas, que geraram mudanças no saber e na prática médica e levaram à maior utilização de medicamentos, serviços para diagnóstico e incorporação mais intensiva de equipamentos. Entre as conseqüências desse processo estão a diversificação de especialidades e da mão-de-obra empregada e a localização do hospital como ponto de encontro das diversas especialidades médicas como detentor da infra-estrutura e dos equipamentos necessários.²⁷

Também no Brasil a medicina previdenciária, que se expande a partir do final da década de 50, será essencialmente hospitalar e curativa. Expressão do progresso tecnológico, com elevação da eficiência e dos custos da atenção médica, é o crescimento das despesas hospitalares no âmbito da Previdência Social bastante superior às despesas ambulatoriais no período de 1960 a 1967, explicado pelas práticas médicas com maior utilização de tecnologia, relacionadas ao consumo dos produtos da indústria de equipamentos e aparatos médicos e à produção de medicamentos.²⁸

A característica básica da política de saúde a partir dos anos 60 seria reconhecida como a ênfase na medicina previdenciária, de cunho individual e

²⁷ Na linguagem da literatura dos anos 70 e 80, o cuidado médico deixa de ser 'artesanal' – por analogia com o desenvolvimento industrial – e assume características da grande indústria. Nessas análises, as instituições médicas estariam submetidas aos mesmos processos que caracterizam o desenvolvimento capitalista e que envolvem mudanças na organização dos meios de produção e nas relações de trabalho, tais como: eliminação do modelo de produção artesanal, separação entre o produtor direto e os meios de produção, substituição da troca direta entre produtor/consumidor pela venda direta da força de trabalho (assalariamento), divisão do trabalho e concentração dos meios de produção. Acompanhando as transformações mais amplas da sociedade capitalista, a produção de serviços de saúde se integraria ao processo de produção e reprodução do capital.

²⁸ Ao passo que o crescimento total das despesas com assistência médica no período de 1960 a 1967 variou de 9,1%, em 1965, a 42,4%, em 1967, o crescimento das despesas hospitalares no mesmo período variou entre 15,9% ao ano, em 1963, e 117,6%, em 1965, com uma exceção de crescimento negativo em 1962 a que correspondeu um crescimento das despesas ambulatoriais muito pequeno. Isso significa que nesse período o valor real gasto com assistência médica subiu 3,3 vezes, ao passo que o gasto hospitalar aumentou nove vezes e o ambulatorial apenas 2,1 vezes (Braga & Paula, 1981).

assistencialista, centrada no atendimento hospitalar. A contrapartida da expansão da assistência médica previdenciária foi a perda de importância relativa das medidas de saúde pública voltadas para o atendimento de necessidades coletivas e de caráter preventivo, situação que se expressa pelo orçamento precário e declinante do Ministério da Saúde, órgão responsável por essas ações, e pelo inexpressivo crescimento dos recursos financeiros nos primeiros anos da década de 70.²⁹ A diminuição da importância político-institucional da saúde pública em relação à assistência à saúde a partir da década de 60 pode também ser constatada pela comparação entre os componentes do gasto público com saúde. Após 1967, observa-se a tendência de ampliação do gasto com assistência médica individual a cargo do INPS em relação ao gasto direto da União, dos estados e dos municípios com saúde e saneamento em proporção quase que inversa.³⁰

Uma das conseqüências da elevação dos custos da assistência médica foi a inviabilização do acesso à medicina privada por parcelas significativas da população, ampliando a demanda por assistência pública. Com a expansão da estrutura hospitalar como o centro do modelo médico assistencial previdenciário, reduz-se violentamente a prática liberal da medicina nos grandes centros urbanos (Luz, 1986).

O caminho para a universalização de cobertura, apontado com a criação do INPS e a unificação de todos os institutos, com a correspondente eliminação

²⁹ Ao passo que em 1968 a participação do orçamento do Ministério da Saúde no orçamento global da União era de 2,21%, em 1972 já passa para 1,40%, em 1973 para 0,91%, atingindo apenas 0,90% em 1974. Contrariando essa tendência, ocorre em 1975 um crescimento expressivo dos recursos do Ministério da Saúde da ordem de 35,7% (Braga & Paula, 1981), o que se explica pela proposta contida no II PND do governo Geisel de priorizar o setor saúde no campo social.

³⁰ Em 1967, o gasto direto da União, dos estados e dos municípios com saúde (e saneamento) correspondia a 56% do gasto estatal em saúde, ao passo que a participação do INPS, responsável pela assistência médica individual, era aproximadamente de 44%, sendo a relação gasto direto/gasto INPS da ordem de 1,27%. Em 1972, o gasto com saúde coletiva se reduz a 45,1% do gasto total com saúde, sendo que, em contrapartida, as despesas assistenciais atingem 51,7%, nada menos do que 77% do gasto direto (Braga & Paula, 1981). De acordo com Bacha, Matta e Mondanesi (1972), o maior gasto com assistência médica se justifica pelo fato de ela ser custeada pela Previdência Social, que, arrecadando mais, tinha também mais recursos. As ações de saúde coletiva, por sua vez, pela indivisibilidade de seu consumo, não poderiam ser custeadas pelas contribuições previdenciárias de caráter securitário. Essa opinião é contestada por Braga e Paula (1981), para quem a política adotada foi uma opção determinada por interesses que se cristalizavam politicamente no Estado. Para Luz (1986), a explicação para o modelo de estrutura das instituições médicas estabelecido envolve também um fator ideológico, entendendo-se por isso a preferência pelo modelo da medicina assistencial ao da saúde pública como resultado da estruturação simbólica de representações de saúde e doença constituídas em razão da medicalização da vida social.

das diferenciações entre eles, significou a implosão do arranjo corporativo que caracterizara o início da Previdência Social – o que só foi possível no governo militar, quando as bases do poder autoritário passaram a prescindir do apoio dos trabalhadores. Portanto, não foi o resultado de um movimento dos assalariados em torno da igualdade, os quais, em muitos casos, viram na unificação a perda de benefícios corporativos e se posicionaram contra ela. Isso teve o efeito de retardá-la até o regime autoritário, que excluiu os trabalhadores do jogo político. A universalização da assistência à saúde não se constituiu como uma demanda prioritária dos trabalhadores organizados, que tinham como objeto fundamental de reivindicação no período da democracia populista (1946/64) o controle da Previdência Social (Cohn, 1996; Luz, 1986). De fato, os IAPs institucionalizaram a segmentação corporativa por meio da ação discriminatória do Estado que, ao mesmo tempo que excluía da cobertura previdenciária aqueles cujo trabalho a lei desconhecia, garantia benefícios diferenciados no âmbito de cada instituto (Vianna, 1998). A competição entre categorias profissionais, induzida pelo formato institucional da Previdência Social, não favoreceu uma atuação reivindicatória mais geral.

Isso significa que a trilha da universalização institucional da assistência não teve como apoiadores os principais afetados por ela: os empregados urbanos assalariados. Não tardaria que novas formas de segmentação dos trabalhadores se recriassem na prestação de serviços de saúde, dificultando a constituição de uma visão universalista por parte dos assalariados e reforçando sua visão corporativa, favorecida pelos arranjos anteriores. A forma como se dará a expansão da assistência pública definirá os contornos institucionais da assistência à saúde no Brasil e refletirá essa configuração político-institucional anterior.

Expansão da Assistência a partir da Compra de Serviços Privados: constituição de atores e interesses

O fato de a Previdência Social assumir a assistência médica como uma de suas atribuições não implicou necessariamente a instalação de uma infra-estrutura própria de produção de serviços de saúde. Com a unificação dos institutos,

a existência de grande demanda reprimida, particularmente dos segurados originados de institutos menos pródigos, gerou uma pressão muito grande sobre as unidades de saúde incorporadas pelo INPS, sem condições de ser atendida de imediato na rede própria previdenciária.

Enquanto vigorava o sistema de uma caixa para cada empresa, não se organizavam serviços médicos próprios, e a caixa financiava o tratamento de seus associados pelos médicos que os assistiam. Algumas caixas viriam a se destacar, em razão da maior disponibilidade de recursos, e montaram seus próprios ambulatórios.³¹ Para os IAPs, de âmbito nacional e com maior número de segurados, tornou-se viável financeiramente a organização de serviços médicos próprios, opção que não foi, contudo, da maioria, especialmente no caso da assistência hospitalar. Alguns se empenharam em operar hospitais próprios, como o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Trabalhadores do Comércio (Iapetec) e o Instituto dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (Iapfesp), o instituto dos funcionários públicos e o dos marítimos. O instituto dos bancários, embora fosse o mais rico, optou pelo credenciamento de hospitais particulares. O instituto dos comerciários também priorizou a compra de serviços. Embora fosse o maior, operou apenas com três hospitais próprios, mesmo número do instituto dos marítimos, que era o menor deles. Ao que parece, os hospitais dos institutos eram considerados de boa qualidade pelos seus usuários, o mesmo não acontecendo com outras unidades públicas ou filantrópicas, rejeitadas pelos trabalhadores.³²

A legislação dos institutos não definia a instalação de infra-estrutura própria de produção, sendo permitidos convênios e contratos com outros institutos e caixas ou com estabelecimentos hospitalares privados. Na inexistência de uma política de ampliação dos serviços próprios, era impossível o atendimento imediato da demanda por meio da produção direta, dada a precariedade

³¹ “Isto ocorreu com ferroviários, bancários e empregados de companhias que exploravam serviços de utilidade pública (luz, gás e telefones). Nestes casos, ou com recursos da própria caixa, ou com auxílio da empresa interessada em melhorar a assistência, algumas caixas puderam montar ambulatórios e contratar pessoal, inclusive médicos” (Bastos, 1979: 99).

³² De acordo com um assessor do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em palestra realizada em 1976, os trabalhadores, mesmo “na assistência médica, só admitiam como alternativa para os serviços de seu Instituto os da medicina liberal e privada. Em nenhuma hipótese aceitavam os serviços de santas casas, de hospitais públicos ou dos de ensino. Estes eram considerados serviços para indigentes, e a desumanização da assistência médica sua indesejável característica” (Bastos, 1979: 99-100).

da rede pública (Donnangelo, 1975). Principalmente no caso do atendimento hospitalar, a expansão da assistência médica pública, por meio da compra de serviços, recorreu, em parte, à rede de atendimento de natureza privada, que se desenvolvia independentemente do setor público.³³

Entretanto, até 1964 a compra de serviços médicos era ainda minoritária e preponderante apenas no caso do IAPI – instituto caracterizado por uma inclinação acentuadamente privatista de sua tecnoburocracia, que exerceu grande influência no desenvolvimento da previdência social brasileira, no interior do qual surgiu a proposta de ‘privatização’ da assistência médica (Luz, 1986). A rede de serviços próprios dos IAPs em 1964 era significativa para o atendimento de sua clientela, dada a reduzida cobertura previdenciária antes da criação do INPS.³⁴ É possível inferir que até a década de 60 o desenvolvimento da rede privada hospitalar seguia um movimento próprio, com o crescimento, em parte, independente da política pública assistencial. Além disso, no período de 1935/50 há um crescimento relativo dos leitos hospitalares públicos em comparação aos privados. Após essa época é que vai se observar o crescimento progressivo da proporção de hospitais privados em detrimento dos públicos, além da expansão das clínicas privadas destinadas ao atendimento ambulatorial. A partir dos anos 70, haverá uma verdadeira estagnação na capacidade relativa da rede hospitalar pública (medida pelo número de leitos), que se manterá praticamente inalterada até a década de 90, o que terá como contrapartida o crescimento da importância da rede hospitalar privada, como pode ser visto na Tabela 1.

Esses dados sugerem que foi a partir da criação do INPS, em 1966, na vigência do regime autoritário, que a política previdenciária de assistência à saúde passou a dar prioridade à contratação de serviços de terceiros em detri-

³³ Desde 1945, pelo menos, para quando dados mais seguros são disponíveis, o número de leitos da rede hospitalar privada era superior ao da rede pública, e esta superioridade vai se tornando mais pronunciada gradativamente de tal forma que, em 1950, 53,9% dos leitos eram de propriedade particular e, em 1960, já correspondiam a 62,1%, dos quais 14,4% tinham finalidade lucrativa (Braga & Paula, 1981).

³⁴ Essa rede em 1964 incluía 22 hospitais em atividade e cinco em construção, 505 ambulatorios e 28 consultórios médicos, com a estimativa de atendimento a 22% da população brasileira (Oliveira & Teixeira, 1986). Apesar da imprecisão das informações do período, relacionando esses dados com outros apresentados por Braga e Paula é possível inferir que a extensão da rede pública era significativa, uma vez que, para uma cobertura estimada de 22% da população, detinha 37% dos leitos hospitalares disponíveis no país.

mento da ampliação dos serviços próprios. Essa opção se fez em nome de uma racionalidade viabilizadora da expansão da cobertura e sob o argumento da crise financeira dos IAPs e da necessidade de novas formas de regulação das instituições e da prestação de serviços (Oliveira & Teixeira, 1986).³⁵ Após 1968, vai prevalecer uma nova racionalidade na saúde acompanhada da exclusão de discursos alternativos, sendo um dos seus traços a concentração de poder decisório em altos escalões da hierarquia burocrática institucional, que tinha no discurso do planejamento a prática institucional dominante (Luz, 1986). Além disso, com a unificação da assistência médica no INPS, tornam-se dominantes as forças institucionais liberais e privatistas da corporação médica, portadoras de um discurso medicalizante como solução para os problemas de saúde, cuja materialização será a implantação da prática assistencial curativa de acentuada tendência privatizante, sob a forma de convênios entre a iniciativa privada e o Estado.³⁶

³⁵ Braga e Paula (1981) constataam o crescimento da prestação de assistência médica concomitantemente a uma crise financeira do sistema previdenciário, para a qual identificam várias razões: do lado da receita, o não-recolhimento por parte da União e das empresas empregadoras das contribuições efetivamente devidas; e, do lado das despesas, os reajustamentos, abonos, majorações nos benefícios e auxílios, elevadas despesas administrativas etc. Acrescentam a isso a deficiência do rendimento patrimonial e imobiliário, de tal forma que, no caso da saúde, o sistema, não tendo bases financeiras sólidas, era incapaz de atender à crescente pressão da massa assalariada urbana. Institucionalmente, esbarrava ainda na diferenciação entre os institutos. A criação do INPS será então uma transformação institucional que ampliará a escala econômica das operações, aumentará os recursos financeiros por meio do aumento da contribuição e expansão da cobertura e possibilitará aumento do grau de controle pelo Estado. Segundo os autores, nos anos 60 já se identificava a necessidade de fonte de custeio específica para a assistência médica e a necessidade de articulação dos serviços médicos previdenciários.

³⁶ Por medicalização, entende-se a tendência de suprir as carências de saúde da população com cuidados médicos com a medicalização da vida social, ou seja, a impregnação da sociedade pelas instituições médicas.

Tabela 1 – Leitos hospitalares. Brasil, 1935-1999

Anos	Leitos hospitalares			Anos	Leitos hospitalares		
	Públicos %	Privados %	Total		Públicos %	Privados %	Total
1935	36,69	63,31	61.877	1981	23,9	76,1	522.769
1945	44,60	55,40	124.339	1982	24,0	76,0	530.501
1950	46,13	53,87	162.515	1983	23,9	76,1	534.055
1960	37,89	62,11	257.371	1984	23,7	76,3	538.721
1965	36,97	63,03	228.545	1985	25,8	74,2	532.283
1971	33,90	66,10	367.522	1986	22,4	77,6	512.346
1975	31,60	68,40	394.782	1987	22,3	77,7	519.698
1976	26,80	73,20	443.888	1988	22,9	77,1	527.196
1977	26,60	73,40	455.712	1989	22,9	77,1	522.895
1978	26,20	73,80	475.452	1990	23,4	76,6	533.558
1979	24,30	75,70	488.323	1992	24,8	75,2	544.357
1980	24,10	75,90	509.168	1999	29,6	70,4	484.945

Fontes: 1935 – Bahia (1991: 20); 1935-75 – Braga e Paula (1981: 75).

1976-99 – Estatísticas da Saúde – Assistência Médico-Sanitária (AMS – IBGE).

Notas: à exceção da AMS, esta tabela utiliza dados obtidos de diversas fontes, com graus distintos de fidedignidade, devendo ser avaliada apenas como indicadora de tendência.

Para os anos de 1945-75, as porcentagens e os totais foram corrigidos em relação à tabela original.

Será, assim, somente com a ampliação da demanda após a unificação dos institutos e com a expansão da cobertura previdenciária, associada a uma opção pela compra de serviços, que o setor privado irá se fortalecer ao se tornar o mecanismo pelo qual se garantirá a ampliação da cobertura assistencial pública. Ao não se optar pela expansão da rede própria, a política governamental irá favorecer a expansão da rede privada, escolha que será condicionante da evolução da assistência médica posterior.

A opção pela compra de serviços privados encontra explicação no contexto político pós-64, fazendo parte de um modelo mais geral de relacionamento entre Estado e sociedade e de uma política de centralização e privilegiação do produtor privado. As Cartas Constitucionais do período do regime militar dão prioridade à iniciativa privada no processo produtivo, em detrimento do setor público. A reforma administrativa efetivada pelo decreto-lei 200/67 traduz a filosofia do governo de eximir os órgãos da administração pública da prestação direta de serviços sempre que a iniciativa privada pudesse assegurar sua execução, definindo para cada ministério o máximo possível de abandono das ações executivas em benefício do setor privado, com restrição das suas

atividades, na medida do possível, ao nível normativo.³⁷ No caso da prestação da assistência médica, o decreto-lei 200 dava preferência à celebração de convênios com entidades públicas e privadas já existentes na comunidade. O resultado foi a vinculação crescente da atividade privada às instituições estatais, quando o Estado assumiu o papel de regulador (Oliveira & Teixeira, 1986; Possas, 1981).

Como assinala Luz (1986), a atenção médica se ‘estatiza’ paulatinamente, no sentido de que reduz de forma radical a prática da medicina liberal e submete a atividade médica à Previdência Social. O Estado, como organizador dos serviços de saúde, se ‘privatiza’ progressivamente por intermédio dos hospitais e clínicas credenciados.³⁸ O INPS tornou-se o grande comprador de serviços médicos e passou a sustentar uma procura ampliada por meio da Previdência Social, garantindo um mercado institucional pela via dos segurados da Previdência. É nesse sentido que a interferência estatal contribuiu para o fortalecimento do setor privado, uma vez que dificilmente a expansão e a manutenção da rede privada seriam viáveis de forma independente do Estado, tendo em vista os baixos níveis salariais da população e o aumento dos custos da assistência médica, fatores que inviabilizariam à maioria da população brasileira a compra direta de serviços médicos.

Pela manipulação de recursos, a intervenção estatal estimulou a expansão de uma rede privada de produção de serviços e estancou o crescimento da rede pública. Em consequência, favoreceu uma determinada trajetória da política

³⁷ Como mostra Cardoso (1979: 51), o governo que se instala em 1964 “procurou legitimar-se como restaurador da economia e como um movimento favorável à definição de um padrão de desenvolvimento baseado na livre empresa, contra o estatismo econômico que se atribuiu ao governo deposto”.

³⁸ Em 1960, 50% das atividades médicas estavam no âmbito previdenciário; em 1967, dos 2.800 hospitais do país, 2.300 estavam contratados pelo INPS e, em 1973, 90% dos serviços médicos estavam direta ou indiretamente dependentes do INPS (Donnangelo, 1975; Oliveira & Teixeira, 1986). Em 1977, cerca de 66% dos hospitais e aproximadamente 50% dos leitos hospitalares privados do país encontravam-se à disposição da Previdência Social (Fessel, 1977, *apud* Possas, 1981). Além da assistência médica previdenciária, estados e municípios prestavam algum tipo de assistência, embora bastante inferior em quantidade e qualidade. Dados de 1969 mostram que, para o conjunto do país, os gastos com assistência médica dos estados correspondiam a menos de 25% do gasto total, ao passo que os do INPS equivaliam a cerca de 75%. Embora houvesse grande variação dos gastos entre os estados, apenas em seis deles o gasto com saúde ultrapassava a proporção verificada para o conjunto do país: Pará, Maranhão, Piauí, Alagoas, Guanabara e São Paulo. A assistência pública relevante cabia ao INPS (Rezende da Silva & Mahar, 1974).

de assistência à saúde, ao mesmo tempo que engendrou interesses em torno da manutenção ou ampliação dos incentivos públicos ao setor privado.³⁹

A expansão da medicina capitalista por meio, principalmente, da transferência de recursos da Previdência Social foi mais significativa em relação aos serviços hospitalares, pois no caso dos serviços ambulatoriais os IAPs já tinham previamente organizado serviços próprios, principalmente para o controle da prestação de benefícios previdenciários básicos, como o seguro-doença e o

³⁹ Essa interpretação difere, embora não lhes seja totalmente oposta, das interpretações correntes na literatura de tendência estrutural e economicista que caracteriza a maior parte da produção teórica setorial nos anos 70 e 80. Nesta, a solução adotada na política de saúde assistencial fez prevalecer os interesses capitalistas, seja no sentido mais estrutural de manutenção da ordem capitalista, ordenando as relações capital/trabalho, seja no sentido de atender aos interesses e pressões dos setores empresariais, em uma perspectiva sociocêntrica para a explicação das políticas sociais. O crescimento da assistência médica previdenciária é visto como resultado de uma associação entre Estado, empresários nacionais (empresas prestadoras de serviços médicos) e indústria estrangeira (indústria farmacêutica e de equipamentos e aparatos médicos), que propiciou a criação de um 'complexo médico-industrial', responsável por elevadas taxas de acumulação de capital de grandes empresas monopolistas internacionais (Oliveira & Teixeira, 1986; Cordeiro, 1984). Essa análise reproduz no âmbito da política de assistência à saúde as explicações consagradas relativas ao padrão de desenvolvimento econômico brasileiro após a instalação do regime militar em 1964, ou seja, o desenvolvimento baseado no tripé Estado/empresas estrangeiras e grandes empresas nacionais (Cardoso, 1979). Nessa perspectiva, a explicação do desenho institucional estabelecido para a prestação de assistência médica passa pelas relações entre política de saúde e política econômica, vinculando-se ao modo de desenvolvimento do capitalismo no Brasil, estando a política de saúde voltada para abrigar os interesses capitalistas do setor. Se a expansão da assistência previdenciária revela a existência de uma demanda insatisfeita e elástica, demonstra "também uma ativa acumulação de capital na rede privada de assistência médica, cujas taxas de lucro e de investimento requeriam respaldo estatal, via elevação dos dispêndios do INPS" (Braga & Paula, 1981: 101). Ao mesmo tempo que se expande a rede hospitalar privada, observam-se o avanço da indústria farmacêutica e a expansão das importações brasileiras de equipamentos médicos. Braga e Paula consideram que a constituição prévia de interesses empresariais na área médica, particularmente hospitalar, garantiu que fossem capazes de 'moldar' parte fundamental da política de saúde, de forma que o Estado sustentou a acumulação de capital pelo setor prestador de serviços e pela indústria farmacêutica e de equipamentos médicos. Nessa linha, também Luz (1986) considera as clínicas e os hospitais privados como o 'necessário *pendant*' institucionais das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos como interesses institucionais que constituem o Estado. No tripé da saúde, o Estado funcionaria como um intermediário entre as indústrias multinacionais de saúde e as indústrias nacionais de produção de serviços, subsidiando ambas por meio da atenção médica da Previdência. As modalidades de participação do Estado na assistência médica por intermédio da Previdência Social reafirmariam um padrão geral de ampliação dos direitos sociais, caracterizado como uma acomodação entre as pressões dos assalariados pela garantia de consumo e os interesses dos produtores privados de serviços (Donnangelo, 1975). Em uma variante dessa perspectiva estrutural, Possas (1981) discorda da idéia de que as instituições médicas sejam apenas o local da acumulação capitalista no setor saúde, gerando pressões no sentido de transferir recursos do setor público para o privado, e considera que a expansão e as características da política assistencial atendem, principalmente, às demandas geradas pelo sistema produtivo e se vinculam à necessidade de ordenação das relações entre capital e trabalho. A política assistencial previdenciária se caracterizará por ser uma medicina voltada para a força de trabalho, cuja reprodução é entendida à luz da reprodução do capital e que terá a crescente participação do Estado, além de ter a 'função' de recuperar o trabalhador para mantê-lo em condições de produtividade. E o atendimento dessas necessidades se dará também por meio de uma produção capitalista dos serviços de saúde.

seguro-invalidez, cuja concessão é condicionada a algum atendimento médico. A rede hospitalar privada encontrou nessa política uma oportunidade de expansão, mesmo que à custa de certo esvaziamento da sua autonomia. Na condição de comprador, o Estado assumiu o papel de regulador de preços, de forma que o setor privado não operava livremente no mercado. Conseqüentemente, o Estado teve um papel fundamental na organização da assistência médica mediante o controle da instituição previdenciária e da relação que estabeleceu com o setor privado (Oliveira & Teixeira, 1985; Possas, 1981). Apesar de essa política contribuir para a sua expansão, o setor privado mostrava resistências diante de sua subordinação crescente ao Estado, que lhe parecia uma ‘estatização’ da medicina, particularmente no aspecto do controle de preços dos serviços médicos pelo governo.

É claro que essa opção governamental não se faz em um cenário vazio, mas povoado de atores e interesses setoriais com capacidade diferenciada de pressão. As modificações no processo decisório e no jogo de pressões no interior da previdência implicaram a substituição do clientelismo populista anterior por uma aparente gestão previdenciária tecnocrática, supostamente imune a pressões, mas de fato aberta a interesses empresariais do setor saúde (Oliveira & Teixeira, 1986). Com a implosão do arranjo institucional corporativista, após a unificação dos IAPs diminui a influência dos segurados, mas crescem a influência e a pressão de interesses ligados às instituições médicas sobre os órgãos de direção das instituições previdenciárias. As análises do período mostram evidências sólidas de que a expansão da assistência médica no âmbito da Previdência Social, com a opção pela compra de serviços de prestadores privados, reflete também a pressão de uma parcela mais organizada da corporação médica ligada aos interesses capitalistas no setor saúde – empresas médicas e hospitais –, uma vez que a expansão da rede hospitalar privado-lucrativa criara fortes interesses econômicos já antes da reforma previdenciária. A privilegiação do setor privado pela política de assistência à saúde faz convergir para o Estado pressões crescentes no sentido de ampliar a esfera de atuação privada por meio do financiamento público da produção privada de serviços.⁴⁰

⁴⁰ Donnangelo (1975) identifica outras pressões internas no sentido de racionalização do setor, existindo no interior da instituição previdenciária técnicos que defendiam a ampliação do controle institucional sobre a produção para o controle de custos e da extensão da rede de serviços próprios. Entretanto, essa alternativa não foi vitoriosa no sentido de se configurar como a escolha governamental.

Essas pressões refletiam os interesses dos três atores principais que constituíam a arena política da assistência médica nos anos 60: os proprietários de hospitais e clínicas credenciados pelo INPS ou aspirantes a credenciamento; os empresários das grandes companhias, interessados em ampliar a assistência à saúde de seus empregados de forma direta ou subsidiada pelo Poder Público; e os proprietários das empresas de medicina de grupo, empresas voltadas para prestação de serviços médicos para outras empresas, que irão se desenvolver também em decorrência de opções governamentais, conforme será visto adiante. A organização desses interesses se expressa na criação de seus órgãos de representação, concomitantemente à expansão da assistência médica previdenciária: em 1966, são criadas a Federação Brasileira dos Hospitais Credenciados pela Previdência Social, que se transformaria posteriormente na Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge). Embora existindo desde 1951, a presença política da Associação Médica Brasileira (AMB) cresce apenas a partir de 1964, quando assume posição contrária à intervenção ampliada do Estado na assistência médica. Nesse ponto, seus interesses vão se juntar aos da FBH e, conjuntamente, irão pressionar o governo no sentido de favorecer seus interesses nas políticas de saúde (Luz, 1986), que se traduziam na pressão pela ampliação da compra de serviços com o mínimo de interferência do Poder Público.

Se é verdade que a medicina privada preexistia à intervenção do Estado, as evidências ressaltam o crescimento do setor médico empresarial após a expansão da assistência médica previdenciária, com a privilegiação da compra de serviços. Isso significa que, além de ser responsável pelo crescimento do setor privado, a política definida vai condicionar a formação dos interesses dos atores privados prestadores de serviços de saúde, cujos objetivos, em grande parte, vão ser configurados após sua inserção na política de saúde. Expressão disso é a constituição de novos atores coletivos, em decorrência das formas de intervenção governamental, que estimularam o surgimento de instituições, como a medicina de grupo, e de organizações para defesa dos interesses constituídos em virtude da política de saúde. Ao serem incorporados à Previdência Social, os setores empresariais voltados para a assistência à saúde sofreram alterações em suas atividades e, conseqüentemente, passaram a

redirecionar suas estratégias políticas no sentido da constituição e/ou preservação de regras que lhe fossem favoráveis.

A forma de expressão desses interesses e as estratégias políticas eram definidas com base nas regras vigentes no período, de acordo com as quais o Poder Executivo assumia o papel preponderante e, em razão das características da política de assistência à saúde, tinha na burocracia previdenciária o *locus* decisório. Se é possível considerar que o papel protagônico do Executivo constitui um traço forte da atuação do Estado brasileiro, particularmente no período desenvolvimentista, tal Poder foi a arena central para a qual tendia a convergir o fluxo das relações provenientes da sociedade (Boschi & Lima, 2002). A participação dos representantes dos interesses privados na saúde se fazia sentir de forma acentuada na esfera pública, sendo que a pressão desses grupos se exercia diretamente perante os ministros (via formal) e, ainda, pela localização de seus representantes em postos-chave da administração previdenciária e outros cargos responsáveis pela política de saúde no país. Essa atuação, que exemplifica a participação de certos setores da sociedade no processo decisório, mesmo em um contexto de Executivo muito fortalecido, configurava uma das formas de articulação de interesses entre a burocracia pública e a privada que prevaleceu durante o regime militar e ficou conhecida pela expressão de ‘anéis burocráticos’ (Cardoso, 1979). Mediante esse mecanismo, inseriam-se os interesses privados no aparelho estatal, fundindo-se os interesses privados e públicos.

A Institucionalização da Assistência Médica Pública por Meio da Articulação com o Setor Privado: a constituição do ‘complexo previdenciário’

Essa política de assistência à saúde, baseada na privilegiação do setor privado para a prestação dos serviços para uma clientela crescente, em razão da gradativa ampliação de cobertura, levou à constituição, na década de 60, do ‘complexo previdenciário’, entendido como o “conjunto de atividades médico-assistenciais desenvolvidas pelo sistema próprio e pelo sistema contratado da Previdência Social” (Possas, 1981: 247).

Essa estrutura vai ser composta de subsistemas diferenciados, que se distinguem pela natureza jurídica e pela forma de articulação entre o setor público e o privado, apresentando lógicas diferenciadas de prestação de serviços: o sistema próprio, o contratado e o conveniado. Com a reforma institucional da previdência pós-64, foram aprofundados mecanismos já vigentes nos IAPs e, ainda, introduzidos novos dispositivos nas relações com o setor privado que iriam permitir sua reorganização em moldes mais empresariais.

A dinâmica da assistência médica no âmbito da Previdência Social na forma institucional do INPS e tendo como resultado o ‘complexo previdenciário’ vai expressar as regras institucionais definidas e se traduzirá na constituição de diferentes interesses públicos e privados. Esses vão definir o campo de disputas que caracterizarão a arena política da saúde definida com base nas políticas previdenciárias para a assistência. Essas disputas vão se traduzir também em idéias diferenciadas, muitas vezes de caráter polarizado, expressando concepções sobre a saúde e a forma de expandir a assistência. Essas divergências estarão presentes em toda a trajetória da assistência e, *grasso modo*, identificam-se como concepções privatistas ou publicistas sobre a assistência médica. Objetivamente, vão se expressar no âmbito dos diferentes componentes institucionais da assistência médica previdenciária.

O primeiro subsistema do ‘complexo previdenciário’ era o sistema próprio, constituído pelos postos de assistência médica e hospitais do INPS e, a partir de 1977, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps).⁴¹ Os primeiros eram responsáveis pela assistência ambulatorial, que, no âmbito dos IAPs, era predominantemente pública, situação que permanece após a reforma – na década de 70, cerca de 70% dos estabelecimentos de saúde sem internação, responsáveis pelos atendimentos ambulatoriais, faziam parte da rede pública (AMS/IBGE). Entretanto, embora bem menos numerosos (menos de 20% do total), os hospitais da rede pública caracterizavam-se por serem hospitais maiores e mais bem equipados, os quais, por sua

⁴² Em 1977 a Previdência Social passa por uma reestruturação institucional, com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), que expressa a importância que a assistência adquirira ao ser separada a parte de benefícios da assistência médica, que passa a ser responsabilidade de outro órgão, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), ficando o antigo INPS responsável apenas pelos benefícios previdenciários pecuniários.

superioridade técnica, assumiam os tratamentos mais graves, duradouros e caros. Daí que, em geral, tinham um custo operacional mais alto.⁴²

O segundo subsistema do ‘complexo previdenciário’ era constituído pelo sistema contratado, formado pela rede de serviços privados. Sob alegação da insuficiência da rede própria para atender à demanda crescente de segurados, estabelecimentos eram credenciados pelo INPS para atender pacientes segurados. Os serviços credenciados, particularmente de casas de saúde e hospitais, que correspondiam a mais de 80% dos estabelecimentos, eram remunerados na base de Unidades de Serviço (US), tabela de preços por ato médico que define o montante de US por tratamento, cujos valores variavam segundo a complexidade e a densidade tecnológica do ato médico, sendo o pagamento realizado pelo número de serviços. Essa forma de pagamento revelou-se um fator incontrolável de corrupção e de estímulo à produção de serviços hospitalares como forma de ampliar o faturamento, por meio da multiplicação e do desdobramento de atos médicos e da preferência por intervenções mais caras.⁴³ Em razão da dificuldade de controle das contas hospitalares, a forma de pagamento por US, aliada ao superfaturamento, foi um fator que colocou em risco o sistema financeiro da Previdência e apontou para a inviabilidade de preservação desse modelo, levando a modificações posteriores, apesar da defesa intransigente da US pelos prestadores privados de serviços, seus principais beneficiários.

⁴² A série histórica da AMS/IBGE mostra que a proporção de estabelecimentos públicos de maior porte (mais de 150 leitos) era muito maior do que de estabelecimentos privados na década de 70 (19,69% dos estabelecimentos públicos e 12,32% dos privados, em 1976). No período de 1976-80, a relação de leitos por estabelecimento de saúde era superior a cem nos estabelecimentos públicos, ao passo que nos privados não atingia oitenta leitos. Essa diferença tende a diminuir a partir da década de 80, e na segunda metade da década os estabelecimentos privados vão apresentar uma proporção muito maior de hospitais de maior porte, apesar de os públicos do mesmo porte também apontarem crescimento. A segunda metade dos anos 80 foi, como será visto no próximo capítulo, o momento de maior explosão da assistência privada, o que se expressa no volume de leitos privados colocados à disposição de um mercado em expansão.

⁴³ Um exemplo das distorções atribuídas à forma de pagamento por US, muito comentado pela literatura, é o fato de o parto cirúrgico ter sido mais bem contemplado na tabela de honorários, o que teria aumentado o coeficiente de cesarianas na rede privada contratada (Possas, 1981). As exceções ao pagamento por meio de Unidades de Serviço eram para as internações em fisiologia e psiquiatria, feitas mediante contrato global, em que o pagamento era feito por diária, que inclui todos os procedimentos realizados. Nesses casos, a lógica do prestador de serviços, de uma perspectiva estritamente mercantil, é a busca de redução dos custos com a realização de um mínimo de intervenções por paciente.

A privilegiação da contratação de serviços privados expressava-se não apenas nas dimensões da rede hospitalar, mas no perfil das internações e nos gastos com a assistência. A maior parte das internações realizadas no país era financiada pela Previdência Social, a maioria delas (mais de 90% durante toda a década de 70) sendo comprada aos hospitais privados (Oliveira & Teixeira, 1986). Apenas cerca de 16% do total de internações realizadas na segunda metade da década de 70 eram feitas em hospitais públicos (AMS/IBGE).⁴⁴ Progressivamente, os serviços hospitalares comprados de terceiros vão representando a quase totalidade dos gastos com assistência médica previdenciária, representando, em média, cerca de 90% da despesa geral do INPS no período de 1969 a 1975. No mesmo período, verificou-se o crescimento da contratação de consultas ambulatoriais e dos serviços de complementação diagnóstica, justificado pela incorporação de alta tecnologia à assistência ambulatorial que passa a se articular ao hospital, tornando-se o hospital a grande porta de entrada do sistema de assistência à saúde.⁴⁵ No final da década de 70, o setor privado já realizava mais de 50% das consultas ambulatoriais, embora a rede ambulatorial fosse predominantemente própria (Braga & Paula, 1981; Oliveira & Teixeira, 1986). A contrapartida era o lento crescimento dos serviços próprios.⁴⁶

Do setor privado dependia, assim, a assistência médico-hospitalar prestada pelo INPS. Um instrumento importante para concretizar essa política foi o financiamento público a hospitais privados por intermédio do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), criado pela lei 6.168, de 9/12/74, para

⁴⁴ A participação do setor privado nas internações financiadas pelo setor público será declinante, embora mantendo-se bastante elevada, a partir dos anos 80, reduzindo-se para 80,3% das internações em 1987, mesmo ano em que pela primeira vez o gasto do Inamps com a rede privada foi inferior a 50% das suas despesas totais (Médici, 1990). Essa situação decorre de alterações na política na década de 80.

⁴⁵ A constituição do hospital como porta de entrada contraria a lógica ideal pensada para os sistemas de saúde que, do ponto de vista da racionalidade técnica e financeira, pressupõe que eles devam ser organizados de forma hierarquizada e piramidal, em que na base do sistema são realizados os procedimentos de menor complexidade tecnológica e para uma cobertura mais ampla. Nos níveis seguintes, ao aumento da complexidade corresponde uma diminuição da cobertura, uma vez que diminui a necessidade de realização dos procedimentos previstos nos níveis hierarquicamente superiores do sistema de saúde. Assim, a porta de entrada ao sistema deve ser na base da pirâmide, o que se denomina nível da atenção primária: de menor custo, para todos e com alta capacidade de resolubilidade para a maioria das necessidades de atenção à saúde.

⁴⁶ Dependendo da fonte, há variações nesses dados, embora haja congruência no sentido geral da evolução da prestação de serviços por prestador.

executar a política do Conselho de Desenvolvimento Social como instrumento de apoio financeiro a programas e projetos de caráter social nas áreas de saúde, saneamento, educação, trabalho, previdência e assistência social.⁴⁷ Dados de 1977 indicam que do total de financiamentos naquele ano 70,9% foram direcionados para o setor público, atendendo assim a dispositivo legal no sentido de favorecer os investimentos públicos, reservando ao setor privado no máximo 30% dos recursos do FAS. Entretanto, no setor de saúde e previdência esse limite não foi obedecido, e apenas 20,5% dos financiamentos foram para o setor público e 79,5% direcionados para o setor privado, contrastando com a área da educação na qual a proporção foi de 88% para o setor público (Oliveira & Teixeira, 1986).

Essa diferença entre os dois setores é um indicativo da perspectiva privatizante que caracterizou a expansão da assistência médica no Brasil, além de mostrar a capacidade de ação política dos atores favorecidos pela opção governamental. A entidade representativa dos hospitais, a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), pressionou o governo visando garantir o favorecimento do setor privado na aplicação dos recursos do FAS.⁴⁸ O resultado dessa pressão foi que esses empréstimos a juros baixos beneficiaram o setor privado, proporcionando impulso à remodelação e à ampliação dos hospitais da rede privada no eixo Rio-São Paulo.⁴⁹ Correlatamente, eram intensas as pressões

⁴⁷ O FAS era composto de duas contas distintas. A primeira, de menor monta, era destinada a transferências e repasses diretos a órgãos do setor público. A segunda, composta de aplicações a cargo da Caixa Econômica Federal que podiam ser direcionadas também ao setor privado. A primeira conta era alimentada pelas rendas líquidas das loterias Federal e Esportiva; a segunda, por parcela da renda bruta das loterias Esportiva e Federal, recursos dos lucros operacionais da CEF, recursos orçamentários e convênios com outras instituições. Um terço desses recursos era mobilizado a custo zero; os demais, com custo financeiro contratual. Os critérios para a concessão de recursos eram: áreas periféricas ou deprimidas, cidades com menos de 50 mil habitantes, zonas rurais e áreas de execução de grandes projetos de interesse governamental.

⁴⁸ O volume de propostas encaminhadas pelo setor é expressivo da utilização desse instrumento de financiamento público: de 703 propostas de financiamento, 73% referiam-se a leitos hospitalares, predominando a criação ou expansão de hospitais privados com fins lucrativos. Desses, 63% eram das regiões Sudeste e Sul (dados do Inamps, s.d., *apud* Oliveira & Teixeira, 1986).

⁴⁹ A expansão do setor privado em razão do FAS foi duramente contestada durante o processo constituinte pelo então presidente da Federação Brasileira dos Hospitais, Sílio Andrade. Citando documento da Caixa Econômica Federal, segundo seu depoimento no período de 1975 a agosto de 1985 foram financiados pelo FAS 482 hospitais e 40.994 leitos, dos quais 26.181 para o setor privado, o que corresponderia a apenas 6,5% do total de leitos particulares implantados pela iniciativa privada no período. Mesmo sendo possível a supervalorização do papel do FAS no financiamento da expansão da rede hospitalar privada, esses dados reforçam o favorecimento dos hospitais privados para a concessão de financiamentos subsidiados (cerca de 64% do total de leitos financiados), o que não teve correspondência no setor educação.

contra a expansão do setor hospitalar estatal, considerada como algo ‘estatizante’, argumento que contou com o apoio de outros setores, em uma conjuntura caracterizada por forte movimento antiestatização.

Outra forma de articulação da Previdência Social com o setor privado ocorreu mediante o estabelecimento de convênios com empresas nos termos dos quais, mediante um subsídio, a empresa passava a arcar com a responsabilidade pela atenção médica a seus empregados, desobrigando o INPS da prestação direta de tais serviços.⁵⁰ Na maioria dos casos, em vez de prover diretamente os serviços médicos, a empresa comprava os serviços de outra empresa especializada, chamada de ‘medicina de grupo’, ‘empresa médica’ ou ‘grupos médicos’, estabelecendo-se um acordo triangular entre INPS/empresa empregadora/empresa médica.

A prática de as empresas manterem serviços de saúde tem origem em seus próprios serviços ou departamentos médicos, que desde final do século XIX já existiam nas grandes empresas com as funções de seleção de pessoal e controle do absenteísmo na força de trabalho empregada, analisando casos de doenças, faltas e licenças (Oliveira & Teixeira, 1986). Caracterizados por exercerem maior controle do que os serviços externos à empresa como a Previdência Social,⁵¹ possibilitavam o retorno mais rápido da força de trabalho à produção, além de funcionarem como uma política de pessoal mais atraente por meio de uma estratificação na qualidade do atendimento. No processo de desburocratização e modernização das grandes empresas, cresceu a prática de comprar serviços de outras empresas especializadas, que se reproduziu também com a assistência médica mediante a contratação de empresas médicas.

Nos contratos que estabelecem com a empresa conveniada, as empresas médicas são remuneradas pelo sistema de pré-pagamento, recebendo um valor fixo por trabalhador assegurado, e o total é pago mensalmente ao grupo médico pela empresa compradora de serviços, independentemente da quantidade e dos tipos de atos médicos realizados no período. A lógica desse tipo de arranjo é que a empresa médica, na perspectiva de uma lógica mercantil,

⁵⁰ O INPS reembolsava à empresa cerca de 5% do maior salário mínimo regional por trabalhador coberto na empresa que montava um serviço de saúde próprio.

⁵¹ Oliveira e Teixeira (1986) mostram dados de 1976 segundo os quais 93% dos pacientes de trabalho atendidos pelo INPS eram considerados incapacitados temporariamente, enquanto apenas 49% dos atendidos por convênios ficavam afastados de suas funções.

busca a diminuição progressiva do custo dos tratamentos ou dos serviços prestados, evitando estimular o consumo de serviços médicos. Expressão dessa lógica era a prática das empresas de definirem critérios para a celebração de convênios com base em estudos sobre a população coberta, buscando empregados com melhores condições de saúde, além de procurarem limitar o custo com consultas e internações por meio de medidas preventivas.

Os primeiros convênios tripartites – Previdência Social/empresa empregadora/empresa de medicina de grupo – surgiram no âmbito dos IAPs. O primeiro foi estabelecido em 1964 pelo IAPI com a Volkswagen, seguido de outros, como o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários (IAPB) e o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciais (IAPC). Entretanto, essa forma institucional de organização dos serviços de saúde em moldes empresariais só adquire dimensões significativas a partir de 1968, no âmbito do recém-criado INPS, que incorporou a prática de convênios após a unificação dos institutos, favorecendo a expansão da medicina de grupo.⁵² Essa expansão era restrita aos locais de concentração das grandes empresas empregadoras. Nos anos 70, mais de 70% dos grupos médicos e de seus beneficiários estavam localizados na cidade de São Paulo, atendendo à mão-de-obra das grandes empresas (Abramge *apud* Possas, 1981; Gentile de Melo, 1984). A própria legislação favorecia a seletividade ao exigir das empresas ‘porte e organização administrativa’ para a celebração do convênio com o INPS.⁵³

A política de convênios INPS/empresa teve diversas conseqüências para a conformação institucional da assistência à saúde e para a consolidação da

⁵² Em 1974 existiam 136 grupos médicos oficiais, cobrindo 2.845 firmas empregadoras; 6 milhões de beneficiários assistidos por empresas médicas, dos quais 3,5 milhões em convênios tripartites (previdência, empresas e grupos médicos); e 2,5 milhões em contratos sem a participação do INPS. Dados do INPS de agosto de 1977 já mostram a existência de 4.699 convênios tripartites, “abrangendo 1.801.082 segurados que, com os dependentes, perfaziam 4.337.187 beneficiários, ou seja, cerca de 10% do total da população previdenciária” (Oliveira & Teixeira, 1986: 228).

⁵³ Dados da Abramge, publicados na imprensa em 1976, mostravam que os convênios com empresas atingiam 35% dos beneficiários do INPS da Grande São Paulo e 10% no interior do estado, perfazendo em conjunto 22% da população paulista – cerca de cinco milhões de pessoas. Dados de Gentile de Melo (1984) mostram que em 1970 existiam no estado da Guanabara 86.190 empresas filiadas ao INPS, das quais apenas 122 (0,14%) mantinham convênio. Entretanto, essas empresas possuíam 90.443 empregados (6,8% dos segurados do estado). Empresas com convênio no estado da Guanabara tinham em média 740 empregados, quando a média geral era de 16. O valor médio das aposentadorias era de Cr\$ 229, ao passo que nas empresas com convênio esse valor pulava para Cr\$ 624. O valor médio do auxílio-doença era de Cr\$ 173, mas para os segurados das empresas com convênio era de Cr\$ 309.

assistência prestada pelas empresas aos seus empregados. Em primeiro lugar, os convênios tripartites possibilitam o crescimento da assistência médica sob controle da empresa, com parte dos custos assumida pela Previdência Social, fortalecendo uma forma de prática médica voltada para ações que interessavam prioritariamente à produtividade. Embora a prática das grandes empresas da prestação de assistência médica aos seus empregados anteceda a participação do setor público por meio de convênios,⁵⁴ com base nesse instrumento essa prática empresarial vai ser incentivada pelos subsídios governamentais.

Mas, além de financiar, pelo menos parcialmente, a assistência médica anteriormente já assumida pelas grandes empresas com recursos próprios, a Previdência arca com parcelas crescentes das atividades médicas mais raras, complexas e de longa duração aos empregados cobertos pelos convênios.⁵⁵ Criados para se beneficiar do regime da economia de escala, os convênios passam a ser responsáveis pela pulverização de recursos do INPS, que fica com os encargos mais onerosos e as prestações mais pesadas. Beneficiando empregados das grandes empresas, promove também o esvaziamento progressivo dos serviços prestados diretamente pelo INPS (Melo, 1981; Oliveira & Teixeira, 1986).

O incentivo financeiro via convênios teve também o efeito de reforçar a prática das empresas de assumirem a assistência de seus empregados, de tal forma que, independentemente do subsídio governamental, vai se expandir essa assistência empresarial, na maioria das vezes pela contratação de grupos médicos. Paulatinamente, essa forma de assistência privada vai ocupando espaço maior do que a própria assistência, com a participação do Poder Público, no âmbito das grandes empresas no eixo Sul/Sudeste, e será o pilar da assistência suplementar, conforme se discutirá no próximo capítulo.

Como marca da política de assistência à saúde desde suas origens, essa opção pública mostra as suas contradições. Ao mesmo tempo que amplia a cobertura previdenciária e a prestação da assistência médica, favorece a

⁵⁴ Em 1970, 50% das empresas conveniadas do então estado da Guanabara eram estatais ou estrangeiras, que em sua maioria já prestavam assistência médica aos empregados.

⁵⁵ Normas relativas aos convênios aprovadas em 1969 desobrigavam as empresas da assistência aos empregados que precisassem de reabilitação, atendimentos médicos de custo elevado, tratamento dos tuberculosos, doenças mentais e casos de riscos catastróficos, como cirurgia cardíaca, microneurocirurgia, transplantes, implantes e politraumatismos, por exemplo.

seletividade ao subsidiar práticas empresariais restritas às grandes empresas – além de reforçar a vinculação da política de assistência à saúde com a relação contratual de trabalho, favorecendo os trabalhadores em situação privilegiada, na contramão da uniformização pretendida com a unificação dos IAPs e em direção contrária à universalização.

Várias formas de desigualdades entre diferentes estratos dos trabalhadores se introduzem nessa forma de assistência médica. Em geral, os convênios eram estabelecidos com empresas de grande porte, com mão-de-obra mais especializada e salários superiores. Também os grupos médicos tendem a se concentrar nas regiões mais industrializadas e urbanizadas. Como o subsídio previsto no convênio com o INPS não era suficiente para cobrir os gastos, ao mesmo tempo que exigia a cobertura de todos os empregados, não interessava a todas as empresas, particularmente as de pequeno e médio porte, e muitas preferiam os convênios sem a intermediação do INPS. Alguns convênios diretos com o grupo médico cobriam apenas uma parcela dos trabalhadores, em geral os de maior qualificação. Em consequência, durante as décadas de 60 e 70 a diferenciação de serviços não se daria mais entre categorias profissionais, mas entre qualificações profissionais (Giffoni, 1991). Incentivadas e legitimadas pela iniciativa pública dos convênios, a partir daí se desenvolveram as formas eminentemente privadas de assistência, as quais incluíam uma grande diversidade de possibilidades de planos e contratos alternativos.

Esse tipo de arranjo mostra que o rompimento do pacto corporativista, que se expressava institucionalmente na separação dos antigos IAPs por categoria profissional, não dará lugar a uma uniformidade entre os trabalhadores assalariados, que constituíam a clientela da política assistencial do período. As diferentes formas de diferenciação vão recriar as demandas particularistas de outra natureza, dessa vez vinculadas ao contrato de trabalho, e não à categoria profissional como ocorria antes da unificação dos IAPs.

Em síntese, ao mesmo tempo que se ampliavam as clientelas da Previdência Social, ampliavam-se também as diferentes modalidades assistenciais, por meio das várias formas de articulação com o setor privado. A essas diferenciações correspondia uma segmentação da clientela, no âmbito mesmo da Previdência Social, de acordo com a forma de acesso à assistência. Isso se traduzia em diferenciação quanto ao tipo e à qualidade dos serviços oferecidos.

A variação na forma de pagamento dos serviços comprados tinha também conseqüências para a assistência. No setor conveniado, em que a empresa recebia um subsídio fixo por segurado e remunerava também a empresa médica contratada sob a forma de pré-pagamento, independentemente da utilização de serviços, a realização de procedimentos tendia a ser bem menor. Ao contrário, no caso dos serviços prestados pela rede privada contratada que recebia por US, o sistema de pagamento incentivava a realização de maior número de procedimentos para aumentar a lucratividade dos prestadores.⁵⁶

Crise: novos mecanismos institucionais e propostas alternativas

A institucionalização desses mecanismos, por meio dos quais se expandiu a assistência médica, propiciada pelo poder público, levou à constituição de uma estrutura complexa e diversificada. Correlatamente, foram se constituindo atores e interesses também diversificados, no âmbito tanto do setor público quanto do privado. Este último se fracionava segundo interesses particularizados, sendo os principais os relativos aos prestadores de serviço representados principalmente pela FBH e pela AMB, as empresas médicas, representadas pela Abramge, e o setor conveniado.

Apesar de o período ser caracterizado pelo predomínio de idéias privatizantes no âmbito da burocracia previdenciária, altamente penetrada pelos interesses dos setores privados, a crítica ao modelo assistencial em desenvolvimento era também expressiva. Parte da burocracia defendia o fortalecimento do setor próprio e a criação de mecanismos mais eficientes de controle do setor privado, com base na crítica aos fatores indutores de corrupção e de suas conseqüências negativas sobre o equilíbrio financeiro da Previdência Social.

⁵⁶ Essa diferenciação pode ser exemplificada pela relação entre o número de consultas por internação. Em 1975, no sistema próprio mais o contratado, estimulado pelo sistema de pagamento por US, a relação consultas/internações era de 12,3, ao passo que no sistema de convênios, em regime de pré-pagamento, essa relação era de 56,9 (Possas, 1981). Como destaca Possas, outras variáveis deveriam também influenciar no menor número de internações dos segurados assistidos pela modalidade de convênio, particularmente as melhores condições de vida em razão de melhores salários e localização nas grandes cidades. Mas as análises do período são unânimes em identificar na forma de pagamento por US um incentivo às internações, mesmo desnecessárias, o que era, inclusive, amplamente denunciado pela própria Previdência Social.

Duas propostas de novos mecanismos institucionais são ilustrativas do conflito de idéias em uma conjuntura já caracterizada como de crise. A primeira, expressão dos interesses dos produtores privados de serviços de saúde; a segunda, expressão da oposição à forma privatizada da assistência pública. A primeira proposta foi o Plano Nacional de Saúde, elaborado em 1968, sob a orientação do então ministro Leonel Miranda, que expressa uma concepção sobre as relações entre os setores público e privado com valorização do segundo (Oliveira & Teixeira, 1986; Donnangelo, 1975; Luz, 1986). Embora atribuisse ao Poder Público a atenção à saúde, o plano determinava que as atividades de assistência médica deveriam ser de natureza primordialmente privada, sem prejuízo do estímulo, da coordenação e do custeio parcial do Poder Público, prevendo, inclusive, o arrendamento dos hospitais governamentais para a iniciativa privada. Ao implicar sensível redução da participação direta do governo na produção de serviços, o plano era defensor da prática médica liberal, propondo o regime de livre escolha do médico e compra direta de serviços em um mercado livre, com financiamento apenas parcial com recursos públicos previdenciários, ficando o restante a cargo do cliente.

O plano encontrou várias resistências, por parte tanto dos técnicos da Previdência, defensores da ampliação dos serviços próprios, quanto dos críticos da medicina liberal. Fracassa depois de ter sido implantado apenas experimentalmente em algumas localidades.

A segunda proposta foi a portaria 48 do INPS, de 1972, a qual expressa a tentativa de alterar a política assistencial dominante. Mesmo sem ter obtido efeitos concretos, apresentou propostas alternativas. Entre outras definições, estabelecia uma hierarquização das modalidades de serviços, privilegiando aqueles próprios da Previdência e definindo o estabelecimento de convênios com estados e municípios quando exauridas as possibilidades de serviços próprios. Apenas em última hipótese, previa contratos e convênios com organizações privadas. Como expressão dessa proposta, foram tomadas providências no sentido de ampliar a capacidade hospitalar própria da Previdência Social mediante inaugurações e reativações de hospitais (Melo, 1984), que, entretanto, não foram suficientes para alterar o padrão vigente.

A expansão indiscriminada da contratação de serviços privados foi se mostrando economicamente inviável, em razão dos altos custos do regime de

pagamento por serviços prestados e da ausência de controle da Previdência sobre as unidades contratadas. O próprio modelo de prestação de serviços impunha limites à expansão da cobertura médico-assistencial mediante um padrão de organização dos serviços médicos cuja hegemonia era detida pelos produtores privados. Em meados da década de 70, a corrupção atingiu níveis que ameaçavam o equilíbrio financeiro, criando-se uma situação de crise, seguida de reformas (Oliveira & Teixeira, 1986).

Uma das alternativas para o impasse que se apresentava para a expansão da assistência médica em uma situação de crise de financiamento do modelo assistencial foi a ampliação de outras modalidades de convênios: os convênios com sindicatos, universidades, prefeituras e governos estaduais, com a utilização das estruturas dessas instituições como forma de aumentar a cobertura com custos mais reduzidos para a Previdência Social e como alternativa para frear a expansão do credenciamento da rede privada. A ênfase dada a esses convênios na década de 70 visava corrigir distorções criadas pelo foco na hospitalização e pelo pagamento por US ao setor contratado, passando-se a pagar os serviços conveniados de forma global.⁵⁷ Essas outras formas de convênios com órgãos estatais (governos estaduais e municipais, universidades) e sindicatos, embora não tenham alcançado a importância dos outros componentes do ‘complexo previdenciário’ nesse período, vão apresentar modelos institucionais alternativos, alguns dos quais se desenvolverão na década seguinte.⁵⁸

⁵⁷ De acordo com Possas (1981), a crise financeira da assistência médica previdenciária atinge seu ponto máximo em 1977, ano marcado por uma crise nos hospitais credenciados, que, em razão do não-pagamento pelo INPS das contas hospitalares, ameaçam entrar em greve e recusar atendimento aos segurados. Nesse ano, o debate na imprensa é intenso: o INPS denuncia abusos de internações desnecessárias e hospitais reclamam do não-pagamento, acusando a pretensão de privatização da medicina.

⁵⁸ No caso dos convênios com secretarias estaduais de Saúde, o INPS transferia recursos de seu orçamento para atendimentos em fisiologia, mediante um contrato global, e a secretaria se encarregava do atendimento. Os convênios com universidades/hospitais de ensino, apesar de estarem previstos desde 1968, só começaram a ser realizados a partir de 1971, inicialmente efetuando o pagamento por US, com os mesmos parâmetros usados para os hospitais privados, embora, além da assistência, fossem encarregados da formação de recursos humanos e da realização de pesquisas. Após 1974, muda a forma de convênio, que passa a ser realizado por meio de uma modalidade de contrato global em que o pagamento é feito na forma de um subsídio variável em razão do número e do tipo de altas, suprimindo o pagamento por unidade de serviço nos hospitais de ensino.

Esses tipos de convênios com o setor público, apesar de minoritários, provocavam reação da AMB e da FBH, contrárias à privilegição do setor público e às modalidades de convênio global ou pagamento por diária global, pois defendiam a remuneração por US, altamente favorável ao prestador privado. No caso dos convênios com os hospitais de ensino, os interesses dos prestadores privados demonstraram um importante poder de veto, conseguindo paralisar o ritmo de integração dos hospitais universitários à Previdência Social, de forma que em 1978 apenas 25 das 75 escolas firmaram o convênio (Escorel, 1998).

Nos convênios com sindicatos, a lógica governamental não era tanto a redução de custos, mas tinha o caráter político. Após 1964, o governo estimulou as práticas de assistência social, de forma a deslocar o centro das preocupações dos sindicatos para a prestação dos serviços. Em 1970, foi criado o Programa de Valorização da Ação Sindical, do Ministério do Trabalho, como forma de estímulo ao ‘sindicato de serviços’, facilitando aos sindicatos a abertura de ambulatórios médicos, que adquiriram o direito de assinarem convênio com o INPS (Possas, 1981). Na primeira metade da década de 70, a Previdência optou pelo incentivo aos serviços médicos de sindicatos em detrimento dos convênios-empresa. Apesar de grande ampliação, os convênios com sindicatos mantiveram-se bastante reduzidos em termos relativos (Cordeiro, 1984; Bahia, 1999).⁵⁹ Em 1979, os convênios com empresas são extintos, embora a assistência empresarial não deixasse de receber outros incentivos governamentais, sendo o principal, a partir de 1974, a autorização para a dedução do Imposto de Renda dos gastos com saúde das empresas.

Um instrumento normalizador da assistência médica previdenciária de grande impacto foi o Plano de Pronta Ação (PPA). Estabelecido em 1974, o PPA compreendeu um conjunto de medidas criadas para disciplinar e organizar o funcionamento dos diferentes setores componentes do complexo previdenciário e, ao mesmo tempo, criar condições para atender à necessidade

⁵⁹ Em 1976, os convênios com sindicatos correspondiam a 11,44% do total de convênios, aumentando para 13,46 no ano seguinte. Os convênios com empresas constituíam, nos mesmos anos, cerca de 85,69% e 83,23%, respectivamente (Possas, 1981; Aguiar, 1979). Em 1977, os convênios com sindicatos cobriam mais de seis milhões de beneficiários em todo o país, cerca de 66% deles concentrados nos estados de São Paulo, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Pernambuco.

de expansão de cobertura, tornando os serviços de saúde mais acessíveis. Esse plano expressou a reinstalação no Ministério da Previdência dos tecnocratas do antigo IAPI, de orientação privatista (Melo, 1984), e teve como resultado o reforço do modelo de expansão da assistência por meio do setor privado. Seu objetivo era utilizar toda a capacidade instalada, tanto pública quanto privada, e garantir a ampliação do atendimento na rede de serviços privados, articulando todos os serviços de assistência médica no país.

Para alcançar esse objetivo, vários mecanismos foram criados. Em primeiro lugar, foi estabelecida a universalização do atendimento nos casos de emergência, independentemente da condição de segurado da Previdência Social. A princípio restrito aos estabelecimentos públicos, o atendimento de emergência foi estendido aos privados e, em razão da baixa capacidade de controle governamental, constituiu-se como mais uma possibilidade de fraude, pela realização de atendimentos não-emergenciais.

Outro mecanismo que também iria atender às reivindicações dos produtores privados, ao facilitar a incorporação das camadas médias aos serviços médicos da Previdência, foi a decisão de facultar ao segurado a opção por instalações especiais nos hospitais particulares contratados pela previdência, com a complementação de valores sendo paga pelo próprio cliente ao hospital. Uma consequência dessa medida foi a tendência de os hospitais passarem a manter uma reserva de leitos para as 'instalações especiais', com a consequente falta de leitos comuns para os segurados que não arcassem com os custos adicionais (Gentile de Melo, 1984).

Um terceiro mecanismo que reforçou a compra de serviços privados foi o veto à ampliação da rede própria hospitalar. Ao mesmo tempo, à rede própria da Previdência Social já existente o PPA destinou a prestação de assistência hospitalar de alta especialização, decisão que pode ser vista como o reconhecimento oficial do padrão técnico mais elevado dos hospitais públicos.

Um quarto mecanismo foi a normalização de uma assistência fundamentada no regime de livre escolha, parâmetro típico do mercado. O PPA previa a prestação de serviços por intermédio de cooperativas médicas – forma alternativa de organização empresarial de serviços médicos que emergiu de um movimento de oposição das entidades médicas à medicina de grupo e em

plena expansão no período. A preferência foi dada aos prestadores que assegurassem a livre escolha de hospitais, clínicas e profissionais, característica das cooperativas, privilegiando o regime de livre escolha e a diferenciação de clientelas e tendo como forma de pagamento dos serviços contratados a Unidade de Serviço.

O resultado do PPA foi a aceleração dos contratos de prestação de serviços de saúde com o setor privado na forma de convênios e contratos. Em escala menor, cresceram também os convênios com a rede oficial não-previdenciária – hospitais universitários e secretarias estaduais e municipais de Saúde. Como consequência, após a implantação do PPA ocorreu um crescimento expressivo do número de serviços médicos. O crescimento em todos os tipos de procedimentos foi acentuadamente superior na rede privada em detrimento dos serviços realizados na rede própria da previdência.⁶⁰ O PPA é, assim, uma expressão inequívoca da direção da política de saúde que indicava a universalização da cobertura assistencial, alicerçada na compra de serviços privados e com restrição dos serviços estatais às áreas de menor interesse empresarial: ambulatórios para atenção primária e hospitais de maior complexidade tecnológica e maior custo.

Na seqüência das mudanças institucionais na Previdência Social, foi criado, em 1977, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), subordinado ao MPAS, que operou uma divisão técnica do trabalho, criando ou incorporando diversos organismos para as diversas tarefas da Previdência.⁶¹ Integrando o Sinpas, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), que aglutinou a assistência médica concedida por todos os órgãos previdenciários e incorporou a receita desses órgãos.⁶²

⁶⁰ O número de interações aumentou em 66% no período de 1974 a 1977; o de consultas, em 157%; e o de serviços de complementação diagnóstica, em 119% (INPS *apud* Oliveira & Teixeira, 1986).

⁶¹ O Sinpas era integrado pelas seguintes entidades: Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps); Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA); Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (Funabem); Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev); Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas); e, como órgão autônomo, a Central de Medicamentos (Ceme).

⁶² O Inamps absorveu os serviços da assistência médica do INPS, do Funrural, do Ipase, da Sasse e da LBA.

Tal iniciativa expressou a aproximação do princípio da universalização da seguridade social ao desvincular cada vez mais o atendimento médico da condição de segurado, embora a base do financiamento continuasse a ser a contribuição do segurado. A expansão da assistência médica não foi acompanhada da ampliação das fontes de financiamento, aprofundando uma crise que já se configurava desde a década anterior. Oficialmente, a crise da Previdência foi creditada ao desenvolvimento da assistência médica; para os analistas, ao modelo de privilégio do produtor privado de serviços – de alto custo e difícil controle.⁶³

O agravamento da crise financeira da Previdência Social na década de 80⁶⁴ marcará um momento de inflexão, com o surgimento de propostas de políticas alternativas para o sistema de saúde que enfatizavam a reversão do modelo de privilégio dos produtores privados de serviços via canalização dos recursos previdenciários para o setor público. Mais ou tão importante que a crise financeira da Previdência e a incapacidade de sustentação desse modelo é a coincidência da crise com o processo de democratização do país, que coloca em cena outros atores políticos, “quebrando o monopólio dos anéis burocráticos previdenciários na definição e implementação das políticas de saúde” (Mendes, 1993: 28).

Em um contexto de luta política entre projetos alternativos de políticas de saúde é que vai se mostrar a possibilidade de alterar a configuração do modelo médico-assistencial privatista durante a década de 80, no âmbito, contudo, dos constrangimentos apresentados por essa complexa estrutura institucional.

⁶³ As causas apontadas por Oliveira e Teixeira (1986) que sintetizam as principais análises do tema relacionam a crise da Previdência a uma contradição estrutural; ou seja, a crescente expansão do sistema não foi acompanhada de alterações na restrita base financeira, configurando-se uma crescente absorção de faixas da população coberta em direção a um modelo de cidadania universal, juntamente com um regime financeiro baseado no modelo de relação contratual. A esse fator estrutural acrescentam-se tanto fatores externos quanto internos ao sistema previdenciário. Entre os primeiros, destacam-se: a queda dos salários reais e a redução do crescimento do emprego, desacelerando a receita de contribuições em um quadro de recessão; o aumento das sonegações; e a diminuição das transferências da União. Entre os fatores internos, a ênfase é atribuída aos problemas de arrecadação e de gestão dos recursos; e, sobretudo, à privilégio dos produtores privados de serviços de assistência médica, com uma forma de repasse de recursos por meio de instrumentos corruptores, tornando o modelo incontrolável, além de sofisticado, o que contribuiu para tornar crônica a crise (Oliveira & Teixeira, 1986).

⁶⁴ Braga e Paula (1981) mostram que o déficit do Sinpas (diferença entre a receita e a despesa) atingiu, em 1980, Cr\$ 46,8 bilhões.

Síntese

Neste capítulo foi analisada a constituição da política de assistência à saúde no Brasil, destacando as principais características do modelo de assistência estruturado na década de 60, embora delineado desde os anos 30. Esse corte temporal se justifica, uma vez que somente a partir dos anos 60 se manifestou a disposição pública de tornar a assistência à saúde uma política governamental, como parte inerente da Previdência Social. Essa disposição se traduziu em decisões efetivas no sentido de expandir a assistência tanto quanto a cobertura, como na destinação de recursos previdenciários para a saúde. Para a concretização da assistência pública, foi estabelecido um arcabouço legal e institucional que definiu os parâmetros do desenvolvimento da assistência no Brasil, os quais revelam o sentido privatizante da forma de expansão dos cuidados médicos que caracterizou a assistência pública desde sua constituição. Essa perspectiva privatizante não significou a assunção privada da responsabilidade pela assistência à saúde em face de uma ausência do Estado. Ao contrário, é no movimento de expansão da atuação governamental no âmbito da saúde que se opta, ao mesmo tempo, pela delegação ao setor privado de grande parte das atividades de prestação dos serviços e, até mesmo, da gestão da assistência por meio de convênios com empresas, que, favorecidas por recursos governamentais, são incentivadas a assumir a responsabilidade pela assistência aos seus empregados. Ao ampliar progressivamente a prestação da assistência por intermédio das instituições previdenciárias, consolidando a atuação pública no campo da saúde, o próprio Estado se desenvolve e vai delineando suas características, demonstrando sua porosidade aos interesses privados, ao mesmo tempo que aprofunda sua intervenção na área da saúde valendo-se de formas diversas de relacionamento com o setor privado.

A política de assistência à saúde levou à constituição de um conjunto de instituições de saúde e de atores, ao favorecer a expansão das atividades privadas. Em conseqüência, ao gerarem determinados padrões de assistência, as políticas que foram estabelecidas no pós-64 também influenciaram o processo político posterior, caracterizado por pressões em torno de recursos públicos, dos quais passam a depender muitas das atividades privadas. Por essas razões, pode-se dizer que essas políticas vão configurar processos *martingales*,

que tornam as escolhas posteriores dependentes dessas escolhas anteriores. Ao estabelecerem regras, expectativas e compromentimentos, as políticas definidas vão afetar o desenvolvimento da trajetória da política de assistência, particularmente ao afetar o comportamento dos atores políticos engendrados ou favorecidos por elas. É nesse sentido que a política de assistência à saúde definida a partir dos anos 60 funciona com a variável independente para a compreensão da política vigente no seu formato dual: público e privado.

A reconstituição do ponto de partida dessa trajetória tratou de identificar as diferentes escolhas, contingentes ou respostas a pressões sociais, por meio das quais foi estruturada a assistência à saúde de caráter público. As consequências institucionais ou políticas dessas escolhas favoreceram a consolidação da assistência privada paralelamente à pública e se constituíram em constrangimentos para uma reforma mais ampla, tal como proposta no processo constituinte. Os principais traços dessa política são sumarizados a seguir.

A cidadania regulada: assistência à saúde vinculada ao trabalho, e não como um projeto de inclusão universal e igualitária

A assistência médica desenvolveu-se no Brasil, no âmbito da instituição previdenciária, como uma prestação de serviços de saúde aos segurados da Previdência Social, tendo, portanto, um caráter secundário, no sentido de não se enquadrar em um projeto universal de assistência à saúde e, ainda, sem prever fontes próprias de custeio independentes dos recursos previdenciários concebidos para outras destinações – os benefícios previdenciários de natureza pecuniária. A essa imbricação com a Previdência Social corresponde uma total desarticulação da assistência médica pública com as demais ações de saúde, de caráter coletivo, localizadas institucionalmente no âmbito do Ministério da Saúde. Além disso, acompanhando a fragmentação institucional da Previdência Social, fracionada em diversos institutos estabelecidos em razão do vínculo dos segurados com a atividade produtiva, a assistência, já na sua origem, será diversificada e desigual entre os seus diversos segmentos. Assim, o fato de a assistência nascer imbricada à Previdência Social não propiciou condições favoráveis à constituição de uma perspectiva universalista para a saúde. A assistência nasce como seguro e de um arranjo corporativo, e não de uma demanda coletiva, além de, como toda a Previdência Social, ser uma concessão

no âmbito do direito do trabalho, e não uma conquista do estatuto de cidadania, entendida como a inclusão universal e igualitária.

O dismantelamento da estrutura corporativa pós-64, com a unificação dos IAPs, teve o efeito concreto de alargar consideravelmente a cobertura previdenciária, particularmente a partir da década de 70, quando ela passa a incluir praticamente todos os trabalhadores. Com a ampliação da cobertura previdenciária, dá-se também a expansão da assistência médica pública, fato que indica a universalização que, entretanto, só será efetivada na Constituição de 1988. Essa ampliação não se deu apenas como uma consequência lógica, mas em razão de uma política explícita no sentido de a Previdência Social incorporar a assistência como uma de suas atribuições.

Entretanto, a tendência para a universalização não foi o resultado de uma reivindicação dos trabalhadores, os quais, ao contrário, desenvolveram uma visão corporativa e resistiram à unificação da Previdência Social, que significou a uniformização dos benefícios e serviços, bastante prejudicial para algumas categorias. Sem suporte político para uma assistência universal e igualitária, no seu desenvolvimento vão se dando movimentos contraditórios de equalização e segmentação – marcas que caracterizarão a assistência à saúde ainda hoje. A tendência à ampliação da cobertura no sentido da universalização é contrabalançada pelo favorecimento de novas formas de diferenciação da assistência, com a participação das empresas empregadoras, a partir do desenvolvimento de formas privadas de assistência no âmbito das empresas com financiamento parcial pela Previdência Social. Para os trabalhadores inseridos nos ramos menos dinâmicos da economia, nas regiões mais pobres ou no interior do país, destinava-se a assistência pública previdenciária. Diferentemente, aqueles inseridos em grandes empresas e nas grandes cidades da região Sudeste passam a ser cobertos pela assistência empresarial, com ou sem a participação da Previdência Social, diretamente administrada pela empresa empregadora ou por empresas ou cooperativas médicas.

A opção pela compra de serviços: expansão da rede prestadora privada e atrofia da capacidade governamental, tanto prestadora quanto reguladora

O atendimento da demanda ampliada por serviços de saúde não pôde contar com uma rede de serviços públicos suficiente, previamente montada.

Tampouco se fez acompanhar da criação de uma estrutura pública de prestação de serviços correspondente, uma vez que a escolha política foi pela privilegiação da compra de serviços a prestadores privados, particularmente hospitais e serviços ambulatoriais mais complexos. Com a expansão da assistência médica previdenciária, as instituições privadas prestadoras de serviços de saúde que já se desenvolviam autonomamente em um mercado restrito, em razão tanto do baixo poder aquisitivo de grande parcela da população quanto da tecnificação da atenção médica, com conseqüências sobre a elevação de seus custos, têm a possibilidade de expansão pela via da política de assistência à saúde. Ao mesmo tempo, por meio de mecanismos de veto, é restringido o desenvolvimento da rede pública prestadora de serviços de saúde, particularmente hospitais.

A partir da década de 60, o setor público passa a ter um papel importante na organização da estrutura de assistência à saúde na condição de principal comprador de serviços e, conseqüentemente, na forma de expansão da rede assistencial. Mesmo tendo sido formuladas alternativas diferentes a esse modelo de expansão da assistência pública, as escolhas que prevaleceram, mediante vários mecanismos, aprofundaram a expansão da compra de serviços, particularmente nos anos 70. Um desses mecanismos permitiu a incorporação de setores médios à assistência pública, com parte dos custos assumida individualmente, em substituição à medicina liberal de custos crescentes. Apesar das críticas a uma suposta ‘estatização’ da saúde pelos provedores de serviços privados, será por meio da ação e do financiamento estatais para setores cada vez mais amplos da sociedade que eles desenvolverão sua capacidade de produção de serviços. A contrapartida foi o baixo desenvolvimento da capacidade estatal, principalmente para a produção de serviços hospitalares, o que tornará o Poder Público dependente do setor privado para a expansão da assistência. Ao mesmo tempo, não se desenvolveu a capacidade reguladora do Estado, que vai ser fortemente capturado pelos interesses privados mediante, principalmente, os anéis burocráticos estabelecidos no âmbito das instituições previdenciárias. Essa situação se traduzirá na proeminência dos interesses privados sobre os coletivos, além da elevação dos gastos assistenciais a níveis que acabariam por comprometer a capacidade de financiamento governamental da assistência.

Os convênios/ empresa: origem da assistência privada autônoma

Outro mecanismo de articulação com o setor privado, visando também aumentar a cobertura assistencial, foi o recurso aos convênios com empresas para que assumissem a assistência para seus empregados em troca de um subsídio público. Os convênios legitimaram e expandiram a prática das empresas de se responsabilizarem pela assistência à saúde de seus empregados. Um desdobramento dessa prática foi a terceirização da assistência via convênios das empresas empregadoras com empresas médicas (ou medicina de grupo), cujo desenvolvimento levou também ao surgimento das cooperativas médicas. Novas instituições de saúde vão se desenvolver, estimuladas pelos incentivos governamentais, que serão o esteio do desenvolvimento posterior de uma assistência privada autônoma em relação ao setor público, particularmente a medicina de grupo e as cooperativas médicas. Favorecida indiretamente pela Previdência Social via convênios com empresas, a medicina de grupo vai encontrar nos convênios bilaterais com as empresas, sem a participação do INPS ou do Inamps, um mercado crescente que a levará a um desenvolvimento autônomo. Por sua vez, as cooperativas médicas, que inicialmente surgem como um movimento dos profissionais médicos contra as condições de trabalho impostas pela medicina de grupo e para garantir a autonomia do trabalho médico, encontrarão nesse mesmo mercado possibilidades de expansão fora da assistência médica previdenciária, integrando-se ao complexo médico-empresarial. Com a expansão desses dois segmentos, os prestadores de serviço privados vão se voltar para o atendimento dessa demanda efetivamente privada, deixando de se subordinar exclusivamente ao setor público, mas principalmente à lógica do setor privado autônomo em expansão.

Essa nova expansão autônoma será favorecida pelas contradições que o próprio modelo previdenciário criara, as quais vão se expressar na dificuldade de arcar com a expansão da demanda e com os altos custos da assistência, o que redundará na queda de qualidade dos serviços prestados e na insatisfação dos segurados. Entre essas contradições figura ainda a fragmentação de recursos previdenciários com o financiamento parcial da assistência médica das empresas, mantendo-se a responsabilidade pública pelos tratamentos mais caros. O mesmo acontece no caso dos segmentos autonomizados, cujos usuários teriam que continuar recorrendo à assistência pública para esses casos.

A institucionalização de formas privadas e públicas de assistência e a constituição de atores, interesses e estratégias

A forma de expansão da assistência médica de caráter público, no sentido da universalização de cobertura e tendo como *locus* as instituições previdenciárias, vai, em conseqüência, levar à constituição de um *mix* de instituições públicas e privadas em torno da política de saúde – por um lado, os prestadores de serviços, que podem ser tanto públicos quanto privados, os primeiros incluindo instituições previdenciárias, unidades estaduais, municipais e hospitais universitários; por outro, gestores de formas privadas de assistência à saúde subsidiadas por recursos públicos, como empresas, medicina de grupo, cooperativas médicas e sindicatos. Todos em conjunto irão constituir a estrutura institucional da política estabelecida e fixar relações diferenciadas com o setor público responsável pela política de assistência, dependendo da modalidade de vínculo e das regras de relacionamento correspondentes, que podem ser contratos com os prestadores privados ou convênios com empresas, sindicatos, órgãos públicos ou instâncias governamentais subnacionais. Um elemento importante nessa relação diferenciada é a forma de pagamento dos serviços: se na forma de US, estimula a realização de maior número de serviços médicos, particularmente incentivando, do ponto de vista financeiro, o aumento do volume de internações; se na forma de pagamento global por pessoa atendida, ao contrário, incentiva a redução do número de procedimentos médicos, o mesmo acontecendo na forma de pré-pagamento *per capita*, cuja rentabilidade está na dependência da contenção dos gastos. Nesse último caso, medidas preventivas são também incentivadas, o mesmo não ocorrendo se a lógica mercantil é a realização de procedimentos médicos. Regras diferentes produziram comportamentos diferentes entre os atores privados e teriam conseqüências no volume e, possivelmente, na qualidade da assistência prestada, sendo diferenciadas entre os segmentos que conformam a estrutura previdenciária de prestação de serviços de saúde.

Ao se diferenciar internamente, o ‘complexo previdenciário’ propiciou também uma diferenciação da assistência, de modo que ao movimento no sentido da universalização da cobertura corresponde a segmentação de clientela, tanto por tipo de financiamento dos serviços médicos – empresa, INPS ou ambos – quanto pela forma de pagamento de serviços – US, pagamento

global, convênio bi (empresa empregadora/empresa médica) ou tripartite (empresa/empresa médica/Previdência Social). Em suma, os arranjos organizacionais estabelecidos delinearão a forma de articulação entre Estado, usuários e mercado na provisão dos serviços de saúde.

É possível concluir que a política de saúde favoreceu a expansão do mercado privado de saúde de duas maneiras: a primeira, ao tornar o setor público o maior comprador de serviços médicos, propiciando o desenvolvimento da rede prestadora privada nas décadas de 60 e 70, em estreita dependência do setor público; a segunda, ao incentivar o desenvolvimento de formas privadas de assistência, vindo favorecer uma atuação autônoma dos diferentes segmentos privados, particularmente a medicina de grupo e as cooperativas médicas.

Paralelamente a essa expansão dos serviços médicos e da assistência privada, configuram e organizam-se os diferentes interesses que passam a pressionar por recursos públicos ou por medidas que atendam a seus interesses. Expressão disso é a constituição das entidades representativas dos hospitais e da medicina de grupo – os principais interesses empresariais no setor saúde nos anos 60 – quase que concomitantemente à unificação das instituições previdenciárias, que marca a definição da política de saúde de caráter privatizante, no sentido exposto. Como afirma Costa (1998: 101): “Os incentivos institucionais favoreciam a ampliação de incrementos dos gastos do subsetor saúde dentro do sistema previdenciário; portanto, nada mais esperado que a ação de interesses organizados para influenciar na decisão alocativa.”

As crises de financiamento da assistência médica passam a ser um estado regular ou recorrente na Previdência Social, já usualmente abalada por crises estruturais e/ou conjunturais, mas que são aprofundadas pelo crescimento da assistência médica, a ponto de, nos anos 80, ganharem força propostas alternativas para a política de saúde na conjuntura de democratização do país. Entretanto, o modelo estabelecido previamente já contribuirá decisivamente para a estruturação do processo político e modelará uma determinada trajetória, de forma que foi causando constrangimentos para o desenvolvimento institucional subsequente.

Este capítulo, portanto, tratou de mostrar as escolhas feitas em um determinado momento que configuraram um modelo de assistência à saúde cujos efeitos institucionais se farão sentir ao longo da trajetória da política de saúde.

Tais escolhas se impuseram sobre outras alternativas que não lograram ser bem sucedidas nesse período, mas lançaram as bases para outras escolhas posteriores.

Esse quadro delineado até aqui permitirá iluminar a compreensão dos processos decisórios mais recentes. No próximo capítulo será desenvolvido o processo de constituição dos agentes privados, seus interesses e estratégias, em sua relação com as decisões governamentais e com as não-decisões. Ou seja: como as políticas de saúde favoreceram a formação de atores, configuraram em parte os seus interesses, definiram suas estratégias políticas e propiciaram o desenvolvimento de determinados comportamentos difíceis de serem modificados.