

SITUAÇÃO SÓCIO-POLÍTICA E A PRÁTICA DA SAÚDE NO BRASIL

*Benício Viero Schmidt **

Na formulação de um quadro de referências para o entendimento da *questão saúde* no contexto de desenvolvimento geral de qualquer formação social nacional, o analista está diante de dilemas cruciais. A análise histórica indica que a assistência à saúde é um requisito de cidadania e permanente motivo de clivagens político-ideológicas frente às possibilidades de uso do capital social acumulado e gerenciado pelo Estado. Todavia, estas mesmas análises indicam que a atenção à saúde, como parte da assistência à pobreza, antecedeu qualquer direito inerente à cidadania plena.

De outro lado, análises inspiradas em Ivan Illich extrapolam os limites dos sistemas médico-assistenciais estabelecidos. Com isto buscam erigir um modelo crítico de toda a organização e funcionamento do sistema social. O equivalente à relação homem-natureza com características não-pacificadas da Escola de Frankfurt, em que os homens são detectados vivendo em profundo antagonismo transformador com a natureza, é a suspeita de que os programas de assistência à saúde têm engendrado novas ondas sistemáticas de destruição da própria espécie humana, através da subversão da própria natureza do homem, por meio da intervenção médica e de seus complementos.

É a *iatrogênese*, conjunto de efeitos advindos do próprio tratamento médico. Ora, este tratamento prevalecendo contemporaneamente e de modo extensivo a todos países do mundo, comporta e supõe a existência de burocracias tidas como igualitárias e que deveriam servir para intermediar bens e serviços de saúde sem privilégios. A combinação dos tratamentos (intervenções do campo médico) e das estruturas que os administram dão razão a esta nova praga socialmente compartilhada. “Em sentido estrito, uma doença iatrogênica é a que não existiria se o tratamento aplicado não fosse o que as regras da profissão recomendam. Por essa definição, tem-se o direito de processar o médico prudente que não submeteu seu paciente a um tratamento admitido pelas práticas profissionais por temer que os efeitos desse ato lhe fossem nocivos. Em sentido mais amplo, a doença iatrogênica

* Professor do Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília.

engloba todas as condições clínicas das quais os medicamentos, os médicos e os hospitais são os agentes patogênicos”. (Illich, 1981: 32-33).

A abordagem histórica deixa geralmente a desejar, por confundir a história da *medicina social*, e seus ramos derivados, com a história *política* (a formação dos direitos políticos de cidadania) de formações sociais dispares. O complicador surge do fato, obviamente constatável, de que há freqüentes movimentos de regressão política, enquanto a história dos direitos sociais não apresenta necessariamente correlação imediata com a face estritamente político-institucional dos sistemas sociais. Supor uma relação unívoca entre as dimensões mencionadas é grosseira ingenuidade exatamente porque a história real indica o contrário.

A abordagem de Illich é mais abrangente. É, na verdade, uma análise meta-medicina social. Baseada numa dialética negativa, que busca identificar os mecanismos institucionais de expropriação permanente dos homens em sociedade, através do próprio movimento de desenvolvimento econômico, de “progresso” científico e tecnológico, ela alude ao funcionamento sistêmico global. Serve como excelente instrumento heurístico, mas exige uma análise pormenorizada de dimensões nem sempre facilmente quantificáveis; pois o que está sob juízo é a substância mesma do processo de tratamento das enfermidades institucionalmente consagradas. Um mérito notável desta abordagem é a ligação que faz entre o conteúdo da prática profissional, seu conhecimento organizado sob forma de “disciplina acadêmica”, e os mecanismos existentes para dispensar seu exercício. O poder do conhecimento e o quadro administrativo que o sustenta são os fundamentos para a existência de um subsistema crucial para a própria sobrevivência dos homens em sociedade. A dificuldade em erigir alternativas a partir dessa crítica talvez esteja menos na própria abordagem do que no peso real de gigantescos mecanismos de reprodução do poder na escala burocrática e política encarregada da política de saúde.

Uma outra abordagem, usual e convencionalmente aceita para a análise de “questão saúde” em contextos de mudança social, é a de *política social*, tal como derivada de orientações keynesianas e neo-keynesianas. O Estado comparece frente à sociedade civil com uma diferenciada estrutura de bens e serviços, a partir de uma demanda definida socialmente. Encara-se a política social como *reativa*, como resposta à pressão definida politicamente através da atividade de sindicatos, organização dos consumidores, associação de pensionistas, etc. Há uma suposição de que a demanda socialmente definida estabelece os limites da ação do Estado, os limites da política social. E, convencionalmente, esta *política* específica é avaliada tendo-se em conta o confronto entre as *proposições* (o discurso oficial) e os *resultados*, em uma espécie de contabilidade social.

Desta análise “contábil” decorrem duas posturas que a interpretam politicamente. Uma que a vê na perspectiva do Estado de bem-estar social, que toma a política social como modo de dissipar profundas desigualdades

estruturalmente existentes, sem com isto pôr em xeque os fundamentos da desigualdade enquanto tal. A derivada é que o Estado, por meio dos aparelhos específicos formuladores e implantadores de “políticas sociais”, torna-se autônomo enquanto pode definir o que é socialmente experimentado mas que só através dele pode ser satisfeito. Outra perspectiva, também muito freqüente, é aquela que vê nesta mesma atividade estatal uma tentativa de cooptação sistemática e permanente. Através de políticas sociais, o Estado burguês – de modo indiferenciado – vai paulatinamente incorporando demandas políticas e econômicas ao seu centro decisório, com a finalidade precípua de organizar os dominadores e desorganizar e impedir a organização dos desorganizados.

As duas interpretações das políticas sociais do “Estado de Bem-Estar” supõem uma autonomia política extrema por parte dos setores hegemônicos no aparelho decisório estatal. A primeira eleva a tecnocracia aos píncaros do poder absoluto sobre as necessidades sociais reveladas pelo funcionamento das classes sociais. A segunda faz exatamente o reverso, acusando a tecnocracia de ser o braço armado do poder burguês encastelado no Estado, pois através de medidas de “aparente interesse público” estaria em marcha uma eficiente operação de cooptação massiva dos setores politicamente organizados. Diante de um quadro de evidentes desequilíbrios, em termos de participação social, originados no próprio desenvolvimento capitalista industrial, haveria somente a alternativa da *repressão* das demandas sociais legítimas ou da pura *cooptação*, “a incorporação heterônoma e controlada dos setores populares na ordem social e econômica baseada na exclusão e na política elitista”¹.

Contrariamente a isto, outras fontes examinam a “questão saúde” como problema econômico, objeto da prática capitalista desde o mercantilismo e objeto de escolas de pensamento derivadas da própria necessidade de considerar a *saúde como mercadoria* e instrumento essencial na constituição da força de trabalho apta a reproduzir o capital controlado pela burguesia. A saúde deixa de ser objeto puro e simples da prática médica: passa a ser uma questão de administração pública ou, em termos mais atuais, uma questão de política econômica.

A história desta “intervenção” encontra localizadas resistências na própria prática médica autonomista e individualizada, bem como no baixo nível da organização administrativa do próprio Estado, no sentido de constituir uma rede de atendimento à saúde (preventiva e curativa) (Braga Paula, 1981: 7).

O marco histórico de uma flagrante mudança na consideração da saúde como direito é a Revolução Francesa: pela primeira vez há a

¹ Sérgio Abranches, (1982). Representativo de uma clara posição autonomista linear do Estado rente ao mecanismo geral que determina a existência de políticas sociais no capitalismo industrial.

demanda massiva de cobertura social e estatal às doenças socialmente identificáveis. Naturalmente, é porém na Inglaterra que estes primeiros mecanismos se desenvolveram, ao longo da implantação da Revolução Industrial. Todavia, é com os neoclássicos que as despesas com a atenção à saúde são definidas como *investimento* (capaz de possibilitar retorno econômico) e não mais como *gasto de consumo* (Polack, 1972).

Para encarar as decorrências desta postura, os neoclássicos acabaram por ter de enfrentar imensas dificuldades de caráter administrativo. Desenvolveram muitas teorias a respeito do melhor funcionamento dos quadros administrativos para o comércio (oferta, atendimento) da nova mercadoria a ser privilegiada como substantivamente “econômica”. Daí, as fatais razões alegadas para o alargamento da rede de serviços e sua crescente “complexificação”. O importante, para os efeitos deste intróito, é identificar uma das pontas de inspiração de políticas hoje em franca expansão e que têm no suposto de *saúde como mercadoria* um de seus elementos fundamentais. Não é preciso lembrar, de passagem, a crítica de Illich, por exemplo, que alude a comparações internacionais em que os níveis de saúde reagem inversamente à ampliação da rede de atendimento. (Illich, 1981).

O que é importante lembrar aqui é que se deve considerar a saúde e seus serviços como meios de consumo coletivo, fazendo parte assim das “condições gerais de produção”. As políticas públicas específicas a cada órbita da atividade socialmente necessária à reprodução da sociedade capitalista como um todo têm muitas facetas e diferenças, mas conservam um traço único e homogêneo. É o caráter de *necessidade* com que se impõem. E aí, tanto faz que sejam políticas urbanas (infra-estrutura), educacionais, de saúde, etc. O que vale é o fato de que sem elas não se pode constituir a força de trabalho apta a garantir a existência de um modo de produção baseado na generalização da mercadoria como forma básica e essencial de relação entre os homens. (Schmidt, 1983).

Para a conclusão desta curta introdução, é preciso, desta forma, sublinhar que as políticas institucionalizadas para a questão saúde vão sofrer variações ao longo do tempo, no âmbito de conjunturas históricas que apresentam distintas configurações de hegemonia política. Todavia, elas devem ser encaradas no essencial como sendo uma necessidade para a constituição da sociedade como um todo, pois incorporam uma nova mercadoria a ser *produzida, circulada, distribuída e consumida*.

Assim encarados, os serviços de saúde passam a ter um fluxo forçado e independente de sua adequação às finalidades curativas e preventivas das quais filosoficamente se acham imbuídos. Em sistemas sociais da natureza do nosso, a definição assim colocada implica restringir drasticamente os graus de liberdade que o Estado possa ter sobre seu estabelecimento ou não . . . Aceito isto, é a *teoria do desenvolvimento do capital*, e seu

correlato organizacional, a *teoria da burocracia*, que permitirão visualizar o rápido crescimento dos serviços de saúde, suas limitações e alternativas.

A matriz da análise, portanto, não poderá estar em uma suposição teórica que privilegia ingenuamente a liberdade política e administrativa do Estado em oferecer ou não, em estabelecer ou não, serviços de saúde. Com isto, o próprio crescimento da rede de serviços pode ser analisado de maneira distinta do que fazem crer as frágeis suposições da teoria do “Estado de Bem-Estar Social”.

Tendo essas possibilidades de interpretação como referência, em particular no que tocam à “questão saúde” e seus complexos derivados, vamos a algumas informações que permitam definir melhor o contexto de mudanças sócio-econômico-políticas ocorridas no País, a partir de 1960.

Neste quadro, ressalta como marcante o processo de urbanização do país. E, correlatamente, a existência e aprofundamento de uma política urbana massiva com vistas a estabelecer as bases de uma sociedade urbana, no sentido substantivo do termo. Ou seja, o estabelecimento de condições que garantam a reprodução geral do sistema sócio-econômico *a partir de uma base urbana*. Isto é crucial para a análise que segue, pois uma das características do sistema previdência-saúde no Brasil é sua *marca urbana*. Desta forma, as bases da expansão do sistema de saúde são as mesmas de outras políticas públicas que visam o pleno estabelecimento das bases materiais capitalistas sediadas no urbano; e dele fazendo seu centro propulsor. Isto deve ser destacado, pois se é uma característica de muitas formações sociais não o é de todas. O caso da China pode ser tomado exatamente como o paradigma oponente: da revolução social baseada nos camponeses a seus serviços de atendimento às necessidades públicas. Todos girando em torno de uma concepção não-urbana ou não concentrada na tendência à urbanização como “inexorável”, como costuma acontecer no perfil de todas as análises do desenvolvimento latino-americano.

No desenvolvimento de atividades públicas e privadas concernentes às formas espaciais construídas, o analista deve dar atenção a outra questão na política nacional brasileira, isto é, a *questão regional*. Ela se corporifica através da maneira pela qual o País se estruturou, amalgamando crescente integração e concentração de recursos (capital, trabalho, produção, poder) ao redor de poucas áreas metropolitanas. O complexo regional gerado em São Paulo pela expansão do café – e pelos meios de transporte em ferrovias – deu origem ao primeiro pólo moderno de desenvolvimento econômico no Brasil. Por seu turno, este pólo veio condicionar de modo profundo a forma presentemente assumida pela sociedade e território brasileiros.

Mais recentemente, o Estado tem dado demonstração de uma vigorosa disposição de intervir no meio urbano nacional, através de um conjunto de políticas e programas que afetam desde a habitação, o transporte urbano, os loteamentos, o saneamento básico, a saúde e a previdência social, os equipamentos de uso social, até a criação de bases

materiais novas para a instalação de grandes complexos industriais. Esta política urbana, como outras políticas públicas no Brasil pós-1964, tem sido marcada pelas características autoritárias e centralizadoras do próprio regime político vigente.

Acopladas às condições gerais da sociedade brasileira, as características de saúde da população têm sofrido mudanças nos últimos anos. A esperança de vida vem crescendo: era de 52 anos em 1970, e ao redor de 60 anos em 1980. “Mas sua variação por nível de rendimento familiar per capita é bastante acentuada. Existe uma diferença de aproximadamente 14 anos entre as famílias pobres e as mais ricas: 55,4 e 69 anos”. Nas mesmas fontes, fica constatada a correlação multilinear que estabelece as bases destas diferenças: existência ou não de instalações sanitárias, implicando redução de esperança de vida de cerca de 12 anos para o Brasil como um todo; diferenças causadas por “moradias inadequadas” sobre crianças de famílias pobres; incidência de mortalidade associada à pobreza, tendo-se famílias com rendimento até 1 salário mínimo com mortalidade de 113,2 por mil nascidos vivos, enquanto em famílias com mais de 5 salários-mínimos é de 56,3 por mil a mortalidade.

O quadro é agravado se verificado o nível de acesso aos serviços de saúde e educação por parte das famílias pobres. A condição de educação dos pais, etc. são fatores impeditivos de maior beneficiamento, às vezes até frente à oferta de bens já disponíveis.

Em termos do sistema de saúde, e correlatamente do sistema previdenciário, é preciso apontar para as grandes reformas havidas: unificação dos institutos previdenciários, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1967; criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas) em 1978, com a conseqüente divisão do trabalho do sistema como um todo (INPS – previdência, Inamps – assistência médica, Iapas – administração); a criação do principal fundo de financiamento para capital fixo através do FAS (Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social) pela Lei nº 6.168 de 9 de dezembro de 1974; além da anterior criação da Ceme (Central de Medicamentos) pelo Decreto nº 68.806, de 25 de junho de 1971.

Todas estas mudanças vão no sentido de “racionalizar” as ações do Estado no âmbito de um contexto onde as pressões por assistência médica e previdenciária, bem como o alto índice de consumo de medicamentos por parte da população brasileira, funcionam irresistivelmente no sentido de expandir e solidificar as bases do sistema. Como tendência importante está o fato de que quando *o país entra em fase aguda de transformações industriais há, concomitantemente, a constituição de um setor de atenção à saúde. A produção privada de bens e serviços passa a ser fortemente financiada pelo Estado, através da arrecadação previdenciária.* “O crescimento deste setor se dá a taxas maiores do que o restante da economia, como decorrência tanto de seu movimento interno, como das

pressões sociais a exigirem maior cobertura e universalização do sistema previdenciário” (Braga e Paula, 1981: 16).

Estas afirmações levam em conta, realisticamente, o potencial do setor saúde como propulsor de novas ondas de investimento produtivo do capital socialmente disponível. Inclusive servem para ressaltar que, mesmo antes da centralização (1966-67) do complexo produtor dos serviços de saúde, estava já estruturada a rede que seria expandida através de convênios e contratos diversos com o INPS. A composição privada do setor continua se acentuando, uma vez que já em 1965 o total de 63% dos leitos hospitalares pertenciam à rede particular, enquanto 37% deles pertenciam à rede oficial.

Esta tendência à preponderância privada nos serviços de saúde, relativos ao complexo sistema da Previdência Social, no Brasil, tem aumentado. O ministro Jarbas Passarinho afirma em recente mensagem (*Previdência Hoje*, depoimento no Senado Federal a 24 de maio de 1984) que há 3.600 hospitais particulares em convênio com o MPAS, enquanto o Governo propriamente dito possui cerca de 350 hospitais. Em termos hospitalares, portanto, o Estado possui cerca de 10% da rede existente no País. Cerca de 90% deles são privados, financiados diretamente com recursos da União e dos contribuintes através da arrecadação previdenciária.

Como já mencionado antes, neste trabalho, a configuração do *sistema previdenciário*, bem como de todo o *setor saúde*, no Brasil, provém de reformas implantadas desde 1966. Por meio de mudanças institucionais, políticas e econômicas empreendidas pelo bloco de poder hegemônico através do movimento vitorioso em 1964, conformou-se uma nova estrutura de decisões no Brasil: Roberto Campos comandou a implantação de diversas reformas fundamentais (administrativa, tributária, financeira, etc.) que resultaram em alterações profundas no aparelho de Estado no Brasil. Como produtos finais dessas alterações, o Decreto-lei nº 200 (iniciativa Campos-Beltrão), em 1967, e posteriores modificações dele provenientes por meio do Decreto-lei nº 200 (em 1969) são os textos legais básicos que comandam as regras de evolução do aparelho estatal no País. Antes destes procedimentos, toda a administração pública estava sob o controle direto e imediato do Governo Central.

A forma convencional de controle havia adquirido características de administração direta, que foi então modificada por arranjos mais “modernos”, aptos a permitir várias inovações, sendo uma delas a maior flexibilidade na prestação de serviços via o contrato, ou convênio, entre o Estado e o capital privado.

Em particular, a administração dos serviços públicos acarretou o surgimento de formas mistas de empresas públicas. Estas não são produtos de tipologias clássicas de administração dos negócios públicos, nem ao menos são instituições baseadas exclusivamente no modelo da corporação privada. Mais precisamente, surgiu uma configuração peculiar de *empresas*

mistas, que têm sido consideradas como principais instrumentos de intervenção do Estado no Brasil, desde os primórdios de sua industrialização.

Neste sentido, a crise do sistema nacional de saúde é enfrentada, a partir de 1966, por meio de várias mudanças. O sentido geral, visto preliminarmente, leva os *programas de saúde pública* a uma posição secundária em relação à medicina previdenciária. Outra preliminar importante é que por meio da criação do Sistema Financeiro de Habitação (SFH, Lei nº 4.380, de 21 de agosto de 1964) passam a existir instituições específicas para financiamento habitacional, assim *tirando dos institutos previdenciários a responsabilidade por este serviço, aumentando suas disponibilidades financeiras*.

Com esses elementos, pode-se afirmar que a reforma previdenciária leva:

- a) à ampliação do escopo das instituições estatais de coordenação do setor saúde (INPS, por exemplo), de modo a assegurar a predominância da empresa privada e suas decorrências (tecnificação do ato médico, formação de grandes empresas privadas na área, assalariamento pleno dos profissionais da saúde etc.);
- b) à ampliação dos recursos financeiros do Estado, por meio do aumento da contribuição previdenciária e expansão da cobertura;
- c) ao crescente papel do Estado como *mobilizador das disponibilidades* (pessoal, equipamentos, estrutura de arrecadação previdenciária, investimentos em capital fixo, convênios, previdência complementar, regulamentador de fundos de pensão, etc.), conseguido finalmente através da *unificação dos institutos previdenciários*.

A relação entre os programas de *medicina previdenciária* e de *saúde pública* tem se deteriorado em prejuízo da saúde pública enquanto programa. Desde 1967, a medicina previdenciária tem crescido, enquanto os programas de saúde pública têm tido uma participação cada vez menor nos recursos disponíveis. Isto é sobretudo marcante no período de 1967-78, quando é criado o Sinpas (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social), englobando o INPS, Inamps e Iapas.

Na comparação operativa dos programas (medicina previdenciária e saúde pública) é preciso destacar as fontes de financiamento. Os recursos para a área de saúde pública vêm, em geral e quase exclusivamente, do Orçamento Geral da União, enquanto a medicina previdenciária tem recursos através das seguintes fontes:

- a) transferências correntes: contribuição da União para custeio das despesas de pessoal, administração geral, recursos referentes aos reajustamentos de benefícios;
- b) receitas patrimoniais e de capital: retorno de investimentos e o apurado com alienação de imóveis;
- c) receita tributária do INPS: contribuição de empregados e empregadores.

A medicina previdenciária está, desta forma, repousando fundamentalmente na *receita tributária*, já que os outros itens integrantes da receita (transferências da União e receitas patrimoniais e de capital) têm tido uma contribuição mínima para o total global. A contribuição da receita por parte das empresas deve ser ressaltado – é normalmente repassada aos consumidores finais de bens e serviços. Isto sublinha o papel crucial das *bases assalariadas* das contribuições à existência da medicina previdenciária.

Sendo este um fato central, é importante verificar como mudanças na legislação salarial têm afetado as condições de funcionamento da Previdência Social no Brasil. Com um orçamento monumentalmente grande, comparado ao Ministério da Saúde (12 vezes mais em 1983 e 1984), as instituições previdenciárias e de assistência médica do MPAS foram profundamente afetadas pelos Decretos-lei nºs 2.087, 2.088, 2.102 – todos de 1983. Estes decretos tratavam do recolhimento de contribuições por parte das empresas e também conferia o valor de 6% (até 6%) sobre o litro de gasolina e álcool à Previdência. Realmente incidindo em prejuízo para a Previdência Social foi o Decreto-lei nº 2.065, cujos parâmetros salariais recessivos trouxeram uma perda de Cr\$ 780 bilhões para o sistema.

Afora as perdas acarretadas pela política salarial, derrubada no segundo semestre de 1984, a Previdência é afetada por fraudes estruturais (estimadas em 17% dos benefícios sendo pagos, de acordo com fontes oficiais) e por perda de “reservas de contingência” que têm sido carreadas para outras políticas de cunho social. Além disto, há inúmeros benefícios sem custeio, o que acarreta uma permanente mobilização de recursos para a cobertura de expectativas e direitos socialmente adquiridos.

Como os recursos federais para o setor saúde são originários, na sua quase-totalidade, do Ministério de Previdência e Assistência Social (79,7% em 1982) e destinados ao atendimento médio individualizado, eles não são remanejáveis para o combate a doenças transmissíveis ou a programas de nutrição, esses com recursos cada vez mais escassos oriundos do Tesouro Nacional. Para tentar “corrigir” esta situação, o que determina que grande parte das internações hospitalares onerando os recursos previdenciários partam de “doenças evitáveis” (40%), foi criado o Finsocial.

“Enquanto a receita previdenciária proporcionou um notável crescimento do subsistema médico hospitalar, os recursos do Tesouro Nacional destinados ao Ministério da Saúde diminuíram no mesmo período. A parcela dos gastos federais que lhe correspondeu diminuiu de 1,8% em 1978, para 1,6% em 1982. Com isso os gastos com o combate à malária e à esquistossomose declinaram em termos reais em 35% e 80%, respectivamente. O dispêndio com o controle de doenças transmissíveis em 1981 foi 43% inferior ao registrado em 1978”. (Vianna e Piola, 1984: 43).

O capítulo dos recursos financeiros para os programas de saúde, além de apresentar-se em um contexto de pulverização de fontes e de multiplicidade de programas (Ministério de Saúde, Ministério de Previdência e Assistência Social e Fundos Especiais tipo Finsocial), configura um grande desequilíbrio interno. Enquanto os programas previdenciários crescem, os programas de saúde pública (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Prefeituras Municipais) têm sido atingidos pela recessão econômica de modo frontal. O Ministério da Saúde participou, em 1984, com apenas 1,48% nas despesas gerais da União, marcando assim um decréscimo real de 25% no período 1980/83 no tocante aos recursos disponíveis para a saúde. “Além disto, esses recursos não estão concentrados nas áreas prioritárias, do ponto de vista social e epidemiológico, já que, enquanto 84% se destinam à atenção médico-hospitalar, apenas 3% são alocados aos serviços básicos de saúde e pouco mais de 2% ao controle das doenças transmissíveis”. (Conass, 1984: 9).

O Fundo de Investimento Social (Finsocial, Decreto-lei nº 1.940, de 25 de maio de 1982) tem como principais fontes de receita: 0,5% sobre a receita bruta de empresas públicas e privadas que realizam vendas de mercadorias, bem como das instituições financeiras e seguradoras; e de 5% sobre o imposto de renda devido, ou como devido fosse, das empresas públicas e privadas que realizam exclusivamente venda de serviços. O Finsocial cobre investimentos de caráter assistencial em *alimentação, habitação popular, educação e amparo ao pequeno produtor*.

A arrecadação do Finsocial foi, em 1982, de Cr\$ 132,6 bilhões; em 1983, foi de Cr\$ 700 bilhões; em 1984, é estimada em Cr\$ 1,2 trilhão. Para o ano de 1985, estima-se uma arrecadação ao redor de Cr\$ 4,7 trilhões. A magnitude destes recursos pode ser visualizada se comparada com a arrecadação da União para o projetado ano de 1985: Cr\$ 82,3 trilhões, dos quais já Cr\$ 3,7 trilhões (4,4%) representam “encargos financeiros da União”. Dos recursos oriundos do Finsocial, a maior parte já foi alocada ao Orçamento Geral da União, cabendo ao programa de infra-estrutura em serviços básicos de saúde (Pias e Periurbanos) o montante de Cr\$ 145 bilhões.

Excetuada a existência eventual de recursos extraordinários, como os oriundos do Finsocial acima especificados, vê-se que a Previdência Social é, e continuará sendo, a fonte principal de sustentação do sistema de saúde. Ao mesmo tempo, é preciso sublinhar que os recursos da Previdência Social estão sendo cada vez mais comprometidos com o pagamento de benefícios, e há expectativas de que os dispêndios sob esta rubrica continuarão crescendo. . .

Com dados fornecidos pelo próprio MPAS (1984), a participação percentual dos benefícios pagos (despesa total dos benefícios) sem cobertura pode ser ilustrada. Ela é uma das causas fundamentais do déficit estrutural da Previdência Social no Brasil: vários benefícios sem cobertura, sem fontes próprias de custeio. Isto acarreta pressões para desvio de recursos de outros programas, na área da previdência estatal. Entre 1979 e 1984 os *benefícios sem cobertura* (renda mensal vitalícia, benefícios ao empregador rural, abono anual) têm aumentado sua participação sobre o total de benefícios pagos: 1979, 4,1%; 1980, 4,8%; 1981, 5,4%; 1982, 6,2%; 1983, 6,0%; 1984, 6,2%. Isto indica uma deficiência do aparelho previdenciário, mas também indica fragilidade da estrutura social brasileira que, com a *universalização* do atendimento médico-previdenciário (100% dos cidadãos estão legalmente intitulado a usufruí-la) sem a cobertura de contribuições dos assalariados e empresas, apresenta muitas debilidades.

Uma indicação portentosa das fraquezas sociais brasileiras está ilustrada no quadro a seguir. O número de atendimentos de natureza curativa, através dos institutos previdenciários, é estarrecedor. Ilustra a dependência da população frente aos mecanismos de atendimento público-previdenciário, ao mesmo tempo que indica as tremendas pressões de demanda por serviços frente às carências estruturais apresentadas pela população brasileira.

No estabelecimento dos novos parâmetros de prestação de serviços de assistência à saúde, o Plano do Conasp (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária), instituído ao final de 1981 e concluído em 1982, faz do Inamps um órgão universal de atendimento, exorbitando a Lei nº 3.807 (Lei Orgânica da Previdência Social, de 26.8.1960). Isto traz uma pressão imensa sobre o sistema. A crise econômica (conjuntural?) aumenta efetivamente esta pressão, na medida em que o País não tem mecanismos de proteção ao desemprego, e com isto inflaciona-se a demanda por benefícios temporários (do tipo "auxílio-doença"), como sendo uma verdadeira "estratégia de sobrevivência".

Com as decorrências do Plano do Conasp e de outras medidas, temos que, se em 1963 a Previdência Social (através de seus institutos e órgãos especializados) cobria 18 milhões de habitantes do Brasil (23% do total da população de então), hoje ela cobre 105 milhões de habitantes (87% do total da população brasileira). Estão fora da Previdência hoje,

ainda: “bóias-frias”, garimpeiros, biscateiros e pescadores – todos considerados moradores de áreas rurais.

O alargamento de faixas de atendimento, a universalização do atendimento médico, etc. indicam os rumos que vai tomando a questão saúde no Brasil, a partir do eixo fundamental de prestação de serviços que é a Previdência Social. Um exemplo de linhas novas que estão sendo elaboradas desde 1980, agora projeto de lei definitivo que se encontra na mesa do presidente João Figueiredo (em dezembro de 1984, o projeto foi entregue pelos ministros da área de saúde e previdência), é o Prevsauúde.

Projeto conjunto da Secretaria de Planejamento da Presidência da República, Ministério de Previdência, Saúde e Interior, o Prevsauúde partiu da constatação de que o ritmo de crescimento da população brasileira estava decrescendo, pela diminuição mais acelerada da fecundidade, enquanto a mortalidade começava a diminuir muito lentamente, sendo o saldo migratório quase nulo, na ocasião. Estas tendências se confirmam agora, na metade da década de 80. A composição etária da população em 1980 tinha, em seu perfil, a presença de 40,2% de menores de 15 anos e 5,4% com mais de 60 anos. Esta composição traria, e trará na sua transição, enormes pressões sobre os serviços de saúde dado que aumentará a participação da população de maior idade (os “60 anos e mais . . .”), podendo esta faixa chegar até 15% da população total do País.

MPAS/INAMPS
SECRETARIA DE PLANEJAMENTO
DEPARTAMENTO DE MATEMÁTICA

EVOLUÇÃO DE SERVIÇOS PRODUZIDOS – 1978/1983

<i>Serviço</i>	<i>Clientela</i>	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Internações (MIL)	Urbana	7.781	8.535	9.562	10.778	10.424	9.678
	Rural	1.877	2.036	2.191	2.415	2.647	2.394
	Total	9.658	10.571	11.753	13.193	13.071	12.072
Consultas Médicas (MIL)	Urbana	130.013	137.136	160.208	182.010	184.639	197.647
	Rural	15.399	17.403	19.543	20.579	21.609	20.931
	Total	145.412	154.539	179.751	202.589	206.248	218.578
Consultas Odontológicas (MIL)	Urbana	20.632	22.333	24.999	27.643	28.403	27.695
	Rural	8.378	9.301	9.161	10.325	10.654	10.987
	Total	29.010	31.634	34.160	37.968	39.967	38.682
Exames Ra- diológicos (MIL)	Urbana	—	—	12.476	14.263	14.639	14.502
	Rural	—	—	346	412	467	439
	Total	—	—	12.822	14.674	15.106	14.941
Exames de Pat. Clínica (MIL)	Urbana	38.282	43.232	49.452	56.142	54.441	55.802
	Rural	2.489	2.899	2.060	2.251	2.328	2.093
	Total	40.771	46.131	51.512	58.393	56.769	57.895

Ao lado disto, considerou-se que 60% da população é carente: não auferem renda para suas necessidades essenciais, e isto traz repercussões sobre a saúde e possibilidades de financiamento desses serviços. Neste quadro, e apesar das duras realidades, a rede assistencial apresenta uma enorme capacidade ociosa, estimada ao redor de 35%, os equipamentos estão enormemente concentrados espacialmente e a tônica da estratégia vigente é de *caráter curativo*.

A partir daí foi desenhado o Prevsáude que, esperam os grupos mais progressistas politicamente, venha a ser definitivamente implantado a partir de 1985. As linhas fundamentais do atual projeto são:

- privilégio na atenção primária;
- integração das ações;
- coordenação de esforços;
- descentralização de processos;
- participação comunitária;
- criação de novos empregos diretos (estimados em cerca de 300.000);
- implantação de novos postos de saúde, consultórios médicos, consultórios odontológicos, novos leitos hospitalares;
- novo treinamento dos profissionais de saúde.

O Prevsáude está dentro do espírito do Decreto-lei nº 200 e segue os princípios do Pias (I 1976-79; II 1980-85). Há recursos humanos disponíveis, há capacidade ociosa no setor público de saúde e deverão ser capacitadas as Secretarias Estaduais de Saúde para efetivar operações descentralizadas. Os Ministérios da Saúde e Previdência e Assistência Social serão os principais responsáveis na condução e financiamento do Programa.

O eixo fundamental do Prevsáude prevê retração dos estímulos a empreendimentos de caráter empresarial no campo da saúde e confirma a universalização do atendimento de saúde, sem obrigatoriedade de vínculo previdenciário.

Parte substantiva da chamada “crise da Previdência Social” tem sido explicada pela maneira como os recursos, basicamente provenientes dos trabalhadores, têm sido geridos: pela duplicidade de administração, pela ociosidade do capital instalado e pela lógica de “privatização dos serviços de saúde”. Esta lógica tem sido estabelecida através do modelo assistencial vigente no Brasil, em que os órgãos previdenciários vão crescentemente fazendo convênios e contratos, delegando às empresas privadas a prestação de um serviço básico cujas fontes de sustentação financeira são a resultante da arrecadação compulsória feita pelo Estado. Esta lógica apresenta, em geral, diversas faces:

- a) agências estatais adotam critérios de ação determinados por critérios de mercado, tornando “privatizáveis” os bens públicos (saúde, educação, transporte, etc.);
- b) a privatização dos benefícios sociais se dá pela transferência para empresas privadas das tarefas de provisão dos bens públicos, *diretamente* (a privatização dos seguros sociais públicos, por exemplo), ou *indiretamente* através de contratos entre agências estatais e os grupos empresariais privados. Este último caso é o que acontece no Brasil com a saúde, onde ela é provisionada em sua maior parte por hospitais e clínicas privadas e paga através de recursos públicos;
- c) a privatização financeira, a reciclagem de recursos públicos destinados a programas sociais através do mercado financeiro, através de seus critérios internos de lucratividade (o uso do FGTS para várias finalidades de políticas conjunturais do governo, por exemplo).

Os recursos da Previdência Social provêm, em última instância, dos consumidores, vinculados ou não ao sistema previdenciário, na medida em que compram produtos e utilizam serviços, uma vez que tanto a contribuição do empregado como do empregador é proporcionada pela receita destas vendas, inclusive no mercado externo comprador de produtos exportados. Enquanto responsável por 87% da população brasileira, a participação previdenciária no gasto público com saúde está em torno de 70%. (Vianna e Piola, 1984: 18).

Neste quadro geral, fica evidente que a prática e a prestação de serviços de saúde dependem fundamentalmente do Estado, no Brasil. Não é possível, no horizonte histórico que se aproxima, divisar outras alternativas viáveis. Continuará o Estado, todavia, a servir de correia transmissora de novos interesses empresariais no setor saúde? Acreditamos que as tendências se digladiarão neste sentido, pois a maciça presença do Estado não garante por si mesma a plena socialização da medicina e seus serviços derivados. *A presença do Estado é fundamental para a existência do capital no setor e não necessariamente “razões de interesse público” deverão prevalecer. A implantação integral do Prevsauúde, a possível desvinculação da assistência médica universal para o Ministério da Saúde, etc., são medidas que certamente iriam beneficiar a vitória de correntes estatizantes dentro do aparelho de Estado no Brasil.*

As tendências vigentes nos últimos anos, todavia, apontam para rumos diversos: forte subsídio estatal a fortíssimos interesses empresariais no setor saúde. . .

A luta, no presente, contém estas alternativas. Todavia, a exemplo da privatização dos seguros de acidentes do trabalho no governo Castello

Branco (Decreto-lei nº 293, de 28 de fevereiro de 1967), que foi logo revogada pelo Governo Costa e Silva, sob inspiração do então ministro Jarbas Passarinho, através da Lei nº 5.316 (de 14 de setembro de 1967), poderá haver muita barganha política com poderosos grupos já instalados no setor saúde no Brasil.

Em 1967, em troca da retirada da privatização dos seguros por acidente do trabalho, o governo Costa e Silva ofereceu às seguradoras privadas o seguro "obrigatório de responsabilidade civil", cobrindo todos os automobilistas do País. . .

Dentro das combinatórias políticas atuais e diante da iminência de profundas mudanças no setor saúde, é possível que negociações similares a esta possam e venha a ser feitas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRANCHES, Sérgio - "The Politics of Social Welfare Developmente in Latin America". Encontro ANPOCS, 1982, mimeo.
- BRAGA, Jose Carlos S. e S.P. de Paula - *Saúde e Presidência - estudos de política social*. São Paulo: CAPES Hucifec, 1981.
- CONASS Sudeste - "A Questão da Saude no Brasil e Diretrizes de um Programa para um Governo Democrático". Belo Horizonte: Conselho Nacional de Secretarios da Saude, julho de 1984; in Garrafa, Volnei - "Saude no Brasil", São Paulo: IX Congresso Universitario Brasileiro de Odontologia, setembro de 1984, mimeo.
- ILLICH, Ivan - *A Expropriação da Saúde, Nemesis da Medicina*. Rio de Janeiro, Ed. Nova Fronteira, 1981.
- POLACK, J.C. - "La Medicine du Capital", *Cahiers Libres 222-223*, Paris: Maspero, 1972.
- SCHMIDT, Benício V. - *O Estado e a Política Urbana no Brasil*, Porto Alegre: UFRGS/LPM, 1983.
- VIANNA, Solon e Sujo Piola - "Seminario sobre Política de Saúde", IPLAN/IPEA/CNRE, 1984 (mimeo).

