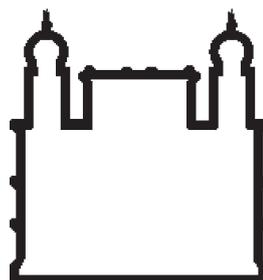
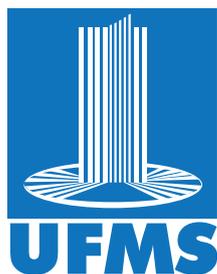




## Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família

### Objeto de Aprendizagem

# As Políticas de Saúde no Brasil de 1966 a 1977



**FIOCRUZ**  
MATO GROSSO DO SUL

## As Políticas de Saúde no Brasil de 1966 a 1977

**Objetivo:** Delinear o panorama da Saúde Pública no período da Ditadura Militar (1964-Golpe militar), ressaltando o interesse de grandes grupos privados na saúde pública.

Em 1964 houve o golpe militar e o início da ditadura. Como vimos anteriormente, as principais mudanças na saúde se seguiram às principais mudanças políticas. Nesse período não foi diferente: em 1966, por uma ação autoritária do regime militar, houve a unificação dos IAPs para a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social).

Na unificação dos IAPs dois aspectos fundamentais devem ser analisados: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores (BRAVO, 2001).

Na fase inicial da ditadura militar o Produto Interno Bruto (PIB) cresceu 10% ao ano e cerca de 5% da população de maior renda teve sua participação aumentada em mais de 10%, enquanto que os 80% mais pobres tiveram sua renda diminuída em mais de 10%. **Foi nesse momento que o INPS passou a ter o terceiro orçamento da nação**, ocupando o espaço primordial da prestação da assistência médica (BERTOLOZZI e GRECO, 1996).

Paradoxalmente a esse quadro, houve no INPS um déficit orçamentário por conta das inúmeras fraudes que ocorreram na compra de serviços privados de assistência à saúde, como veremos a seguir.

Os hospitais dos IAPs foram desapropriados e passaram a ser hospitais governamentais submetidos ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que, em média, alocava 25% do que arrecadava para a saúde. Seus recursos eram, em teoria, tripartites, assim divididos: de 3 a 6%, do salário do trabalhador, 6% do empregador (nem sempre pagos, e a cada cinco anos de não pagamento eram anistiados) e 6% do governo (que também nem sempre cumpria a sua parte). Esses recursos do MPAS (que deveriam fazer lastro para o financiamento e assegurar benefícios no futuro) são desviados para o financiamento de grandes obras do “Brasil–Potência”, como Itaipu, Usina Nuclear de Angra dos Reis, Ponte Rio-Niterói e Transamazônica; e para o financiamento da construção de hospitais privados e compra de exames e medicamentos do mercado privado. Havia corrupção em todos os níveis: de aposentadorias falsas a pacientes inexistentes, exames inventados, diagnósticos falsos, superutilização de material de consumo e pagamento por Unidades de Serviço (US) – quanto mais “sofisticado” o ato, mais caro se pagava por ele; foram concedidos empréstimos para a construção de hospitais do setor privado, com dez anos de carência. Após isso, sem juros e sem correção monetária, é que se iniciaria o pagamento; houve grande aumento na compra de aparelhos de exames sofisticados, muitos deles desnecessários, assim como uma verdadeira explosão de construção de hospitais e de compra de medicamentos (UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS, 2010).

Assim, observamos que com a Ditadura, mais do que nunca, os interesses dos grandes grupos privados na saúde prevaleceram e atuaram para consolidar um modelo tecnoassistencial voltado para o lucro e para o controle do grupo dominante, em detrimento das reais necessidades de saúde da população. Para isso, a ação do Estado foi fundamental.

Nessa lógica, seria necessário que o Estado garantisse a saúde dos trabalhadores para que seguissem trabalhando. Igualmente, era fundamental otimizar os lucros cada vez maiores

da indústria de medicamentos e de equipamentos em saúde. Era nos hospitais, com uma medicina “hiperespecializada”, não na rede básica de saúde, que se poderiam consumir os mais sofisticados e caros exames e remédios.

Como dito anteriormente, a ditadura militar emprestou, a fundo perdido, somas enormes de dinheiro público para a construção de hospitais privados. Depois de construídos, o mesmo setor público sustentava esses hospitais através do pagamento de consultas, internações e procedimentos dos usuários do INAMPS. Um negócio que já era da “China” poderia ser “melhorado” para enriquecer ainda mais os empresários do setor: havia corrupção, superfaturamento, pagamento de serviços não realizados, pacientes “fantasmas”, internações desnecessárias.

Ao lado disso, esforçou-se para criar no senso comum um conjunto de idéias importantes para o funcionamento do modelo que até hoje guarda seu lugar no imaginário social: “a realização de exames previne as doenças”; “médico bom é médico hiperespecialista”; “o hospital é o lugar onde se têm os melhores médicos e onde, de fato, se resolvem os problemas de saúde: posto de saúde é enganação” etc. Exames e remédios industrializados deveriam ser, obrigatoriamente, integrantes das intervenções em saúde.

Adicionalmente, o Decreto-lei 200/1967 determinava a preferência da contratação de serviços privados, ao invés da ampliação dos serviços públicos. Na saúde isso significou a intensificação da contratação dos serviços médicos privados, reduzindo a expansão da rede pública e ampliando os incentivos para a expansão do setor privado de prestação de serviços no País (CORDEIRO, 1985 *apud* RODRIGUES e SANTOS, 2009).

Com o avançar dos anos, aprofundou-se a cisão entre a assistência médica, sob coordenação do INAMPS, e a saúde pública, sob responsabilidade do Ministério da Saúde. A medicina previdenciária colocava toda a ênfase na assistência individual e hospitalar, aliada a um descaso pelas medidas de saúde coletiva, tradicionalmente executadas pelo Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde (MS) tem seu orçamento reduzido de 8% para 0,8%, permitindo, nos meados dos anos 70, o ressurgimento de epidemias relativamente controladas e a piora das condições de saúde da população, fortemente influenciada pela degradação das condições de vida das classes populares.

Os cursos de medicina, em especial, formavam para esse mercado de saúde: hospitalocêntrico, consumidor de alta tecnologia e hiperespecializado. Também o jovem estudante imaginava que, para ser bom médico e ter sucesso, era necessário ser um profissional especializado no que é raro e caro. Os currículos ignoravam a realidade sanitária da população e o ato médico tornava-se cada vez mais técnico, com a incorporação de tecnologias sofisticadas, sem critérios racionais, fazendo com que os custos do sistema explodissem (LIMA, 2006).