



Texto para Discussão S-226 | 1989

Discussion Paper S-226 | 1989

Política social e transição democrática: o caso do INAMPS

Dezembro, 1989

Maria Lucia T. Werneck Vianna

Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro

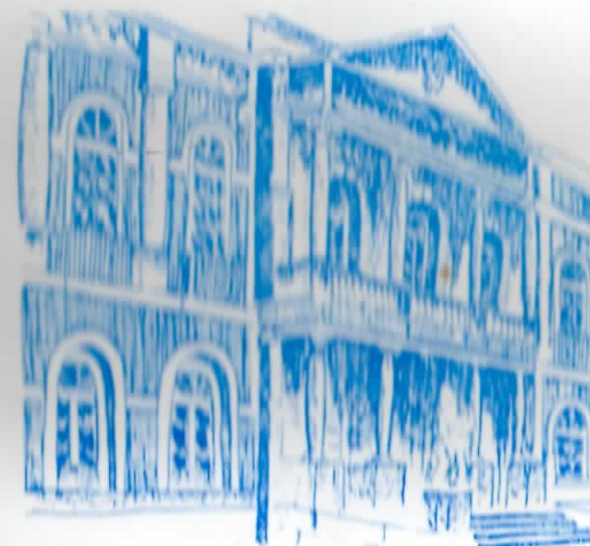
This paper can be downloaded without charge from

<http://www.ie.ufrj.br/index.php/publicacoes/textos-para-discussao#até-2000>



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE ECONOMIA INDUSTRIAL



TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 226

POLÍTICA SOCIAL E TRANSIÇÃO
DEMOCRÁTICA: O CASO DO INAMPS

Maria Lucia T. Werneck Vianna

Dezembro/1989

IMPRESSO NO IEI

Av. Pasteur, 250 – C.P. 56028 CEP 22.290 – Rio de Janeiro – Tel.: 295-4295

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE ECONOMIA INDUSTRIAL

POLÍTICA SOCIAL E TRANSIÇÃO DEMOCRÁTICA: O CASO DO INAMPS (*)

Maria Lucia T. Werneck Vianna (**)

Dezembro/1989

(*) Este texto é uma versão reduzida do relatório final da pesquisa O Inamps enquanto organização e suas clientelas, um sub-projeto do Programa "Diagnóstico de alguns obstáculos a uma ação planejada do INAMPS", desenvolvido pelo Convênio IEI/INAMPS/FINEP, sob coordenação de José Luís Fiori, no período de março de 86/setembro de 87. Os assistentes de pesquisa Manuel Palacios e Carlos Monteiro participaram da elaboração do documento original, que muito se beneficiou, também das discussões que a equipe manteve com José Luís Fiori. Aqui, estão todos isentos, porém, de cumplicidade.

(**) Professora e pesquisadora do IEI/UFRJ.

anpec
Associação Nacional de
Centros de Estudos Avançados
em Economia

ESTE TRABALHO FOI IMPRESSO NO
IEI, COM A COLABORAÇÃO DA ANPEC
E O APOIO FINANCEIRO DO PNPE

PROGRAMA NACIONAL DE
PNPE
PESQUISA E ECONOMIA

FICHA CATALOGRÁFICA

Vianna, Maria Lucia T. Werneck

Política social e transição democrática: o caso do INAMPS/Maria Lucia T. Werneck Vianna.—Rio de Janeiro: UFRJ/IEI, 1989.

69p.; 21cm. — (Texto para Discussão/IEI/UFRJ; n. 226).

inclui bibliografia.

1. Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS. 2. Previdência Social - Brasil. 3. Brasil - Política Social. I. Título. II. Série.

"É só entrar num posto da Telebrás e num do Inamps para se enxergar a diferença. O que é alegria é e cor num, é tristeza e cinza no outro"(1)

1. INTRODUÇÃO

Se houve área, no âmbito das políticas públicas, em que a correlação entre democratização institucional e mudança substantiva tenha se estabelecido, foi, sem dúvida, a da saúde. Com o advento da Nova República, transformações que vinham ocorrendo lentamente, no sentido de universalizar o atendimento médio, se aceleraram. O Sistema Único e Descentralizado de Saúde, acessível, em princípio, a toda a população, tornou-se uma realidade, se não inteiramente constituída, pelo menos quase irreversível.

Hoje, a política de saúde está sediada nos estados, e, progressivamente, nos municípios, reconhecidos como instâncias mais adequadas para assumir a responsabilidade pela oferta de serviços, gerir a rede pública local e controlar a contratação das unidades privadas necessárias para complementar o sistema. O Inamps

- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - perdeu, assim, boa parte de suas funções reguladoras no plano da prática médica. Por outro lado, seu papel no esquema previdenciário também encolheu, já que a saúde desvinculou-se dos mecanismos contributivos - agora, qualquer cidadão tem direito, pela Lei, de frequentar hospitais, clínicas e ambulatórios públicos, sejam eles municipais, estaduais ou "do Inamps".

No entanto, a distância que se interpõe entre as intenções e a operacionalização da Reforma ainda é grande. O funcionamento do SUDS depende majoritariamente dos recursos repassados pelo governo federal, via Inamps, o que implica num poder de interferência não desprezível, cuja contrapartida reside nos mecanismos de negociação que contaminam as decisões reformistas. Embora este não seja o único problema enfrentado no curso de implantação do SUDS, condiciona, de certo, todo o processo. A própria preservação da estrutura do Inamps, a despeito de sua tendencial e esperada desativação, pode sugerir que a lógica do passado continue atuante.

O presente estudo se propõe a recuperar a trajetória do Inamps, buscando justamente elucidar esta lógica de atuação. As evidências de que sempre foi (e segue sendo) baixa a capacidade da instituição para lidar com seus objetivos precípuos são conhecidas; estão nos jornais, no senso comum, no cotidiano da população. Mas, se poucas dúvidas restam quanto ao grau de resolutividade das ações empreendidas ou quanto à qualidade do atendimento oferecido, não deixa de surpreender o fato de que se mantenham inconclusos os inúmeros projetos, sobretudo os recentes, de racionalizar a gestão do aparato.

A indagação que de imediato decorre, incide sobre as razões do contínuo imobilismo de uma máquina que resiste aos intentos mudancistas de sua própria direção. Malgrado as notórias investidas em contrário, o quadro que ali se reproduz aprofunda os gaps existentes entre propósitos e consecução, programas e prática, deliberações

e execução. As imagens de "tristeza e cinza", "desmensurada burocracia", "ociosidade", etc., se ajustam não só a um ou outro posto do Inamps; refletem toda uma estrutura administrativa anacrônica, incapaz de responder a novas contingências.

Explicações não têm faltado. Variadas, reconstróem em geral a montagem de um sistema voltado menos para remediar iniquidades sociais do que para consolidar privilégios. O persistente peso exercido pelo Inamps, apesar da descentralização em marcha, justifica, ademais, a preocupação atual. De uma parte porque os elementos que compõem o ethos da assistência médica pública no Brasil, sedimentados pelo autoritarismo e fortemente representados naquela agência, se insinuam pelas brechas do contexto da democratização, ameaçando o recém conquistado direito - de todos - à saúde. De outra, porque o dever do Estado de a todos ofertá-la - mesmo entendido como dever de estados e municípios -, ocorre o risco de virar mera formalidade, na medida em que seu cumprimento fique subordinado à inércia da burocracia previdenciária.

2. O ESTADO E A ASSISTÊNCIA MÉDICA PREVIDENCIÁRIA

Esboço histórico: fases na construção de uma engrenagem institucional

Antes de 1930, ou, mais precisamente, entre 1923 - quando a lei Eloi Chaves (decreto-lei 4.682) introduziu no país uma política deliberada de proteção social -, e a Revolução, que trouxe alterações no perfil desta política, a assistência médica era concebida como benefício básico e assim incluída no sistema das Caixas de Aposentadorias e Pensões, a despeito de consistir apenas em atendimento ambulatorial (Teixeira, 1984) (2). Esta primeira fase do sistema previdenciário brasileiro em que poucos benefícios (atendimento médico, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensões para dependentes e pagamento de funeral) são oferecidos aos empregados unicamente de

algumas empresas (3), é caracterizada como "abrangente" por alguns analistas justamente por incorporar o atendimento médico em igualdade de condições com os demais auxílios (4). A lei Eloi Chaves não fixava a magnitude de recursos passíveis de serem destinados à assistência médica; só no ano de 1924, quase a metade do orçamento das CAPs foi consumida nestes serviços (Teixeira, 1984).

A notação de tais traços vale para distinguir a etapa inicial da assistência médica previdenciária da seguinte, 1930 a 1945, na qual diminuem os benefícios assistenciais. Os gastos em atendimento médico e hospitalar declinam sensivelmente (Souza, 1981) e a legislação passa a definir limites orçamentários máximos para as despesas com serviços de saúde (5). Configura-se o que foi chamado modelo de capitalização (Arouca, 1979), cuja tônica estará nos benefícios correspondentes à arrecadação levada a efeito pelas Caixas - cerca de 30, então - e pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões que começam a ser organizados a partir de 1933. A concepção securitária da previdência social relegará a segundo plano o atendimento médico, tido mais como assistencialismo do que como benefício, uma vez que representava um gasto proporcionalmente inverso às contribuições arrecadadas. O empenho da nova elite governamental que ascende ao poder com a revolução de 30 estará na acumulação e diferenciação da estrutura econômica do país, abandonando a estratégia compensatória, em termos de política social, antes adotada (Vianna, 1977).

Sob o autoritarismo do Estado Novo foi montado, com efeito, o formato da engenharia institucional que presidiu a reorganização do processo acumulativo - e que deitou raízes profundas no tecido social brasileiro, instituindo o que Santos chamou a cidadania regulada. A regulamentação das profissões, a exigência da carteira profissional e o sindicato público constituem os parâmetros no interior dos quais se definirá a cidadania (Santos, 1979). Nestes moldes, o Estado reestrutura primeiro a esfera da produção e, depois, se volta para a

política social. A ordem da cidadania regulada, substitutiva do princípio de membership individual das CAPs, condicionará o sistema de desigualdades, fazendo o contraponto com a política oficial de previdência: a cidadãos estratificados em categorias profissionais, benefícios desiguais. Consagra-se a estreita vinculação entre acumulação (a contribuição de cada categoria profissional está subordinada ao processo de crescimento e sinalizada pelo diferencial de salários) e equidade (a distribuição de benefícios é proporcional à contribuição pretérita).

O período que se segue, da queda da ditadura Vargas em 45 às primeiras medidas incidentes sobre o sistema previdenciário tomadas pelo regime militar (a unificação dos institutos de aposentadoria e pensões em 1966), revela a falência do "modelo de capitalização". Passa a vigorar, malgrado seu alcance restrito, um padrão de "repartição" (Arouca, 1979), em que ecos do plano Beveridge, da ampliação da cidadania na Europa pós-guerra e de uma concepção do welfare state baseada na idéia de "seguridade social" se fazem atuantes. Incorporando pressões populares, o Estado brasileiro se torna repassador - ao segurado da previdência - de recursos oriundos da população em geral (Souza, 1981). As despesas dos institutos (6) aumentam, não só em termos atuariais mas também em função de efetivas mudanças no funcionamento das instituições previdenciárias, que passam a diversificar e incrementar seus planos de benefícios e serviços. A rede de hospitais e ambulatórios do sistema de previdência se expande, particularmente até 1950, quando idéias contencionistas ressurgem. Uma certa ideologia de "seguridade" - manifesta, por exemplo na Lei Orgânica da Previdência Social, de 1960, que uniformizando os direitos dos segurados dos diferentes institutos, ampliou os benefícios concedidos pela maioria deles (7) - era contraditada, porém, pela manutenção de uma estrutura contratual, típica de "seguro social" (Arouca, 1979).

A partir de 64, a modernização autoritária imposta ao sistema previdenciário, a pretexto de racionalizá-lo, implicará em mudanças que embora formalmente substanciais, na verdade vão reiterar (e inovar) os seus elementos "perversos". Os paradoxos de uma cobertura que progressivamente se universaliza no bojo de um sistema fechado, repressor das demandas sociais, que não apenas regula como coíbe a cidadania (8); o privilégio da prática médica curativa, deixando à míngua as instituições de prevenção e saúde pública; o tecnicismo administrativo, centralizador das decisões e fragmentário na gestão das mesmas; a expansão da assistência médica pela via da contratação de clínicas privadas, subordinando a medicina previdenciária às regras do mercado - eis algumas das tendências que se consolidam. Tendências que, presentes nas fases anteriores, serão potencializadas pela nova organização da Previdência Social, desde a criação, em 1966, do INPS - unificando os IAPs, excluindo a representação (de empregados e empregadores) da direção previdenciária e imprimindo uma rationale tecno-burocrática ao sistema - até a fundação do Ministério da Previdência e Assistência Social, em 1974, e à montagem do SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social), em 1977, que distinguiu o INAMPS como instituição exclusivamente destinada à assistência médica. Daí em diante as sucessivas crises sofridas pela Previdência Social obrigaram à adoção de algumas mudanças - majoritariamente casuísticas -, culminando na institucionalização do CONASP, no início dos anos 80 e, na progressiva reorientação do sistema através das Ações Integradas de Saúde, fruto já do declínio do autoritarismo. A era da Nova República que se inicia em 85 herdará, portanto, um fardo pesado, de cujas mazelas está ainda a tentar se livrar.

O modelo estadonovista de proteção social

A suscinta periodização anterior oferece o pano de fundo para algumas ponderações sobre a natureza da política previdenciária de assistência médica enquanto campo de relacionamento entre o Estado - gestor, no caso, do fornecimento de um direito social - e determinados grupos sociais (as "partes interessadas" na aquisição do mesmo). De imediato convém reiterar duas características que sobressaem de tal histórico e que se relacionam muito proximamente com os temas aqui tratados: a subalternidade do benefício "assistência médica" no interior do sistema de previdência social e a sua recorrente utilização como instrumento de hierarquização dos segmentos sociais que conformam a clientela previdenciária.

Com efeito, a assistência médica previdenciária nasce como um apêndice das Caixas de Aposentadorias e Pensões criadas pela Lei Eloi Chaves em 1923; posteriormente, numa relação menos explícita, será integrada aos Institutos, de forma restrita aos segurados das categorias profissionais cobertas por cada um deles. A introdução de serviços médicos na pauta dos institutos se dá em ritmos variados - o IAPI estenderá a assistência médica ao conjunto de seus segurados apenas em 1952, enquanto outros já a proporcionavam antes - com uma oferta diferenciada de unidades assistenciais próprias, contratadas ou credenciadas -, e em grande medida determinada pela disponibilidade de recursos de cada instituição. Na verdade, o objetivo principal dos Institutos de Aposentadoria e Pensões emergentes nos anos 30 e dirigidos para uma clientela de trabalhadores urbanos empregada em ramos específicos da economia, não era a assistência médica. Ou seja, esta surge, enquanto policy, divorciada das questões relativas à saúde da população, deixadas precariamente a cargo de outras instâncias administrativas (ao Ministério da Saúde, como

se sabe, sempre couberam as tarefas sanitárias, à parte da medicina curativa; e, às redes estadual e municipal restou a incumbência de prestar um assistencialismo quase caritativo aos deserdados em geral).

Embora pareça demasiado insistir, a ênfase nas "origens" da prestação dos serviços médicos pela Previdência Social se justifica na medida em que permite avaliar melhor os óbices que, ainda nos dias que correm, dificultam relações mais democráticas no âmbito desta política social. Pois o modelo "estadonovista" de proteção social, baseado numa concepção tutelar da cidadania deixou marcas profundas tanto nas práticas desenvolvidas pelas agências públicas como nas possibilidades de resposta por parte de suas respectivas clientelas. Antes de examinar o que foi preservado do "modelo" e o que significou uma ruptura com ele, ao longo do processo de modernização operado nas décadas seguintes - em especial durante o regime militar -, convém descrever, rapidamente, a estrutura organizacional montada para o sistema previdenciário, ainda nas suas origens, e que imprimiu claros limites à própria noção de assistência médica como direito social.

As Caixas de Aposentadorias e Pensões que nos anos 20 precederam os IAPs, foram estabelecidas como entidades públicas autônomas sob supervisão geral do Estado mas auto-regulatórias em negócios internos. Eram dirigidas por um Conselho de Administração, compostos de representantes dos proprietários da empresa e dos empregados - estes eleitos por via direta em assembleia a nível das empresas a cada três anos. Um presidente, sem funções diversas da de seus pares, era escolhido, dentro do colegiado, para dirigí-lo. Nesta forma de administração estava implícito o conceito de representação direta das partes interessadas, reservando-se o Estado aos encargos de fiscalização, já que contribuía para o financiamento do sistema.

A partir de 1933, quando começam a ser instituídos os IAPs - um formato de instituição previdenciária não mais baseado na empresa, mas que organizava como sua população segurada todos os trabalhadores de uma categoria ocupacional específica - algumas mudanças são introduzidas na gestão dos aparelhos previdenciários. O colegiado é mantido, embora tenha sua composição modificada: aos representantes de empregadores e empregados, agregam-se os técnicos governamentais. Evidentemente, a idéia de representação também sofre alterações, já que o "representante" deixa de representar os empregados ou proprietários de uma empresa, passando a fazê-lo em nome de uma categoria. As eleições para escolha da representação trabalhista (em alguns casos a nível também dos empregadores) será então feita através dos sindicatos, abandonando-se a via direta. Em termos de funções, o colegiado, ademais, terá seu status rebaixado, pois acima dele se cria a instância superior de um presidente, nomeado pela Presidência da República, a quem deveriam os conselhos meramente assessorar (Oliveira e Telxela, 1986).

O esquema de representação instaurado pela política previdenciária nos anos 30 não apenas revela o caráter formal da "participação dos interessados" como o intuito de cooptação das lideranças sindicais embutido na estrutura corporativa que por muito tempo irá regular esta participação.

Na verdade, embora a sequência de expansão da proteção pela previdência social tenha refletido o poder de grupos específicos - as CAPs foram criadas a princípio apenas no setor ferroviário; em 1926 foram estendidas às empresas de navegação; em 1931 instituiu-se a previdência para os funcionários civis da União; a partir de 1933, com a criação do IAPM, a previdência se expande através da incorporação de categorias que se tornam importantes no processo produtivo - tais grupos não influenciaram os conceitos básicos da previdência, nem sequer definiram as normas fundamentais do sistema. As idéias chave, presentes

já no decreto 4.682, foram aproveitadas por Vargas como bandeira de sua campanha presidencial em 1930, e após a Revolução, incluídas na Constituição de 34 (Malloy, 1976). Depois de 30, a formulação e a implementação de programas sociais passaram às mãos do Ministério do Trabalho (criado em 1930, mesmo). Os conceitos, normas e regras do jogo, portanto, foram estabelecidos de cima para baixo, sem mediações de caráter político mais amplo.

Os grupos sociais - melhor dizendo, ocupacionais - usaram seu poder de pressão para demandar apenas o que já havia sido definido como um "direito" (no sentido contratual limitado acima referido). O Estado, através do Ministério do Trabalho decidia quando e como conferir o direito reconhecido (segundo critérios que não tinham necessariamente a ver com as pressões exercidas). O Ministério do Trabalho respondia, de certo, a pressões (às vezes bastante fortes) mas sempre sob a forma de conceder a setores determinados (e selecionados) uma obrigação formal anteriormente decidida.

Privilegiamento e competição: a lógica da expansão do sistema

A sequência da proteção emergiu, assim, de uma relação direta (e assimétrica) entre o Estado (via Ministério do Trabalho) e segmentos profissionais (via lideranças sindicais). Concedida a proteção, cada categoria recebia não apenas seu próprio Instituto como também sua lei específica de previdência.

Com isso, o poder de pressão exercido por cada um dos diferentes grupos sociais gradativamente "atendidos" se deu não tanto para reivindicar benefícios, senão para conseguir um esquema de proteção melhor do que o dos demais. Vale dizer, instalou-se a competição entre as categorias profissionais com vistas à conquista de privilégios; competição estimulada pelo Estado, que efetivamente distribuía benefícios desiguais, estratificando, sob seu

controle, a clientela previdenciária (Abranches, 1982). O resultado foi duplo: de um lado, um conjunto confuso de leis e normas de operação e uma variedade de padrões de proteção (o que se manifestava sensivelmente na assistência médica); de outro, uma clientela hierarquizada, prisioneira das mediações corporativas interposta à barganha política e incapaz de uma atuação reivindicatória coesa com vistas ao alcance de melhorias no sistema.

Esta situação se manteve no interregno democrático que vai da queda de Vargas ao golpe militar de 64. O populismo então vigente aguçou a competição por privilégios entre as clientelas da Previdência na medida em que a diversificação de benefícios oferecidos por cada Instituto ocorria heterogeneamente, na esteira de pressões e acordos políticos particularizados pelo corporativismo sindical. Neste período, o único abalo sofrido por este sistema de cidadania regulada, em matéria de proteção social, foi a Lei Orgânica da Previdência Social, de 1960, que uniformizou os benefícios para todos os contribuintes, arranhando a estrutura de prerrogativas que se instituíra. Medida, entretanto, que não resultou da pressão organizada da massa usuária e sim dos intentos modernizantes do modelo desenvolvimentista adotado pelas elites governamentais à época - modelo que, a despeito de um certo iluminismo, contava com o apoio das lideranças trabalhistas e de esquerda.

Anos de grande movimentação social e emergência de novos atores no cenário político, os que findam a década de 50 e iniciam a seguinte não assistem a nenhuma modificação efetiva no sentido de um alargamento do locus decisório na área previdenciária ou de decisões substantivas capazes de afetar as condições de vida da população via proteção social. A esfera de assistência médica é emblemática. No rastro da LOPS foi criado, em 1961, o Conselho de Medicina da Previdência Social. Sua composição indica a natureza técnica da função para a qual se constituiu: os diretores dos departamentos de assistência médica dos seis IAPs existentes, o

superintendente do SAMDU e representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Federal de Medicina e dos sindicatos médicos. Este Conselho teve papel decisivo na forma de organização da prática médica brasileira, pela normatização da estrutura hospitalar. Não produziu, contudo, nenhuma reorientação do atendimento médico que favorecesse mais equanimemente setores sociais diversos.

É interessante lembrar que, enquanto isso, no mesmo período, ocorreram importantes congressos sobre saúde pública (em 1962, o XV Congresso Brasileiro de Higiene, em Recife, em 1963, a IIIª Conferência Nacional de Saúde, para ficar em poucos) onde um sanitarismo mais econômico-social do que médico reforçava a idéia de que políticas estatais paternalistas, prescindindo da influência organizada da sociedade (ou, o que dá no mesmo, compreendendo-a como algo abstrato), poderiam ser alavancas de maior justiça social.

A incorporação de novas categorias - autônomos, trabalhadores rurais, empregados domésticos - à clientela previdenciária, se dará no contexto de centralização autoritária do pós-64. As possibilidades de pressão ou participação das camadas populares, antes crescentes, são, então, eliminadas e o próprio corporativismo sindical, mantido em essência, passa por um expurgo de seus elementos relacionais (canalizadores virtuais de demandas). Sobre a gestão da política previdenciária de assistência médica recairão, agora, as pressões dos setores empresariais da medicina e da tecnocracia modernizante expressando necessidades, tais como ampliação do mercado (produtor e de consumo) de serviços médicos, racionalização administrativa de gastos e benefícios prestados, etc.

Propiciada por uma série de medidas tomadas sob a nova ótica da modernização conservadora e justificada por um discurso de equidade - embora deslanchada à revelia dos supostos interessados - a marcha em direção a uma gradativa universalização da atenção médica se pautou por esta dinâmica de "medicalização" da sociedade,

generalizando a intervenção da medicina no cotidiano da população.

O autoritarismo e a consolidação da "política paralela"

O regime autoritário, especialmente nos anos mais duros do "milagre" trouxe não só um fechamento dos canais de expressão reconhecidamente válidos para os diferentes grupos sociais como impôs a despolitização, tanto das negociações de conflitos potenciais ou explícitos entre esses grupos, quanto das relações desses grupos com o Estado. Agências formuladoras ou regulatórias de políticas econômicas (aquelas que têm a ver com a acumulação do capital), responsáveis por traduzir demandas setoriais em decisões generalizantes, passaram, então, a lidar diretamente com "clientelas" selecionadas, garantindo, no interior do aparelho estatal, o locus para a articulação "técnica" de seus interesses (Vianna, 1987). O mesmo não se deu, obviamente, com as agências de política social, cuja "clientela", fora os restritos módulos corporativos de influência sobre os processos decisórios (já então em declínio) não pode prescindir dos tradicionais mecanismos de fazer política.

A administração técnica da política social consiste na escolha de prioridades, escolha esta que não obedece ao ritmo do processo acumulativo, ainda que esteja, no limite, por ele balizado. Os governos militares tentaram substituir a inserção mais ampla de camadas sociais diversificadas nas arenas de decisão por uma "redistribuição" indireta de rendas através de programas sociais centralizados, com os quais se visava também, mediante o impacto de um discurso avançado, a obtenção de legitimidade. Programas em que a atenção médica universalizante passou a ocupar lugar estratégico, principalmente quando o agravamento das carências da população se tornou insopitável.

Fechamento de canais - partidos políticos minimizados, parlamento enfraquecido, sindicatos controlados, movimentos sociais sob suspeita, etc. - e despolitização das relações sociais (o mito das opções técnicas e racionais) foram ingredientes fundamentais para o fortalecimento dos elementos perversos da política social brasileira. Mantida a aparência constitucional, com a realização de eleições periódicas e câmaras legislativas em funcionamento, a política social, através das imensas máquinas burocráticas de suas agências, cargos disponíveis e serviços prestáveis, transformou-se na esfera ideal para o "fazer política". Uma política estreita e eleitoreira, alternativa ao tipo de competição política em que se reconhecem pressões conflitantes e se negociam interesses divergentes em arenas abertas. As evidências disso, são, ainda hoje, explícitas e inúmeras.

"Se depender de Sarney, (o ministro da Previdência) Raphael de Almeida Magalhães não cá. Mas se depender de um círculo cada vez maior de políticos, tanto do PFL como do PMDB, as pressões não vão parar. Motivo: a resistência do ministro em utilizar a máquina da Previdência Social para fins eleitorais (...).

O ministro, contudo, não pode deixar de se curvar ao deslavado fisiologismo que preside a escolha dos 3.140 representantes da Previdência Social espalhados por quase todo o Brasil e que, na prática, funcionam como poderosos cabos eleitorais e são fontes de incontáveis fraudes contra o erário (...).

O sistema é invenção do governo (Médici) em 1972: para compensar a desimportância política dos parlamentares naquela época; o general-presidente brindou os deputados mais votados do PDS em cada município com o direito de indicar livremente o representante local do Furrural, recentemente criado.

O falecido presidente Tancredo Neves, na armação do esquema de sustentação política da Nova República, inseriu no acordo da Aliança Democrática um critério semelhante (...). A esta altura, o sistema havia crescido muito e abrangia também as zonas urbanas, com exceção das grandes metrópoles".

Correio Braziliense, 29/09/86.

Antes, sob a égide do populismo, a manipulação dos benefícios oferecidos pelo Estado, via Previdência, estava restrita à rede dos contribuintes, conformando uma (pequena) clientela estratificada. Tratava-se de um clientelismo de horizontes limitados, que, movendo-se num leito de mão-dupla, ao mesmo tempo obstaculizava a ampliação da cidadania - as diversas tentativas de universalização e/ou unificação do sistema previdenciário, no pré-64, esbarraram sempre no veto de vários grupos, entre os quais o das lideranças sindicais - e era ameaçado pela emergência desta cidadania, propiciada pelo jogo democrático. As condições de engorda do clientelismo se potencializam nas contingências políticas do autoritarismo. E isso irá imprimir certos traços tanto ao processo de universalização que no no campo do atendimento médico toma em certo momento, curso irrevogável, quanto à própria reversão do modelo decisório centralizador, que debilitado por crises frequentes, entra na pauta da distensão política na passagem da década atual. O noticiário na imprensa, revelador da permanência destes traços no dia-a-dia do INAMPS, fornece, mais uma vez, indícios da situação descrita.

"O superintendente do INAMPS disse que há a possibilidade de o Hospital Santo Antonio, da Santa Casa da Misericórdia de Nova Friburgo, também ser descredenciado, já que em 1980 foram constatadas nele numerosas fraudes. Os processos que as apuraram não chegaram, porém, à fase final por interferência do Deputado Osmar Leitão (ex-PDS, atualmente no PFL) que teve cinco mil votos em Friburgo nas eleições de 1982. Calcula-se em Cz\$ 12 milhões o prejuízo causado à Previdência pelas fraudes no hospital, em seis anos".

O GLOBO 17/06/86.

Com a derrota do candidato governista à Presidência da República no Colégio Eleitoral, em 85, e o advento da Nova República, a "moralização" dos serviços assistenciais se transforma em bandeira da gestão previdenciária. Zerar o déficit, acabar com as fraudes, humanizar o atendimento, estabelecer um perfil menos clientelista para o sistema de proteção social foram metas - nesta ordem, crescente de dificuldades e decrescente de sucessos - tornadas públicas e tidas como inadiáveis. Entretanto, a desarticulação deste aparato de política paralela tem se mostrado extremamente difícil, na medida em que, respaldado pela própria estrutura de funcionamento, consolidada ao longo de muitos anos, deitou raízes profundas nas práticas específicas (sobretudo na área médica) e segue encontrando esteio numa institucionalidade ainda precária.

"O Ministério da Previdência, cumprindo a determinação do Presidente José Sarney de moralizar o serviço público, tem constatado irregularidades que acabam por comprometer o atendimento dos segurados.

Um exemplo considerado gritante é o caso do Hospital da Lagoa do Rio, que tem duzentos leitos e seiscentos médicos e quase nenhum enfermeiro. A conclusão mais óbvia é a de que até no fisiologismo os políticos fluminenses eram discriminatórios: só davam empregos para os médicos e não para os enfermeiros, constata um assessor do Ministério".

O GLOBO, 21/05/86.

3. DA REGULAÇÃO CORPORATIVA AO CONTROLE POPULAR

Universalização: o encontro entre dois mundos

A assistência médica previdenciária, implantada nos anos 30, tem sua origem, como se sublinhou diversas vezes acima, associada ao mundo do trabalho, organizada que foi, com a criação dos IAPs, a partir da estrutura corporativa sindical. Tratava-se de um serviço adicional ao segurado, oferecido de modo diverso a cada grupo de categorias profissionais reunidas nos diferentes institutos e claramente integrado à política de incorporação das classes trabalhadoras ao cenário político sob a tutela do Estado. Não surgiu como direito do cidadão, nem mesmo como direito do trabalhador em geral, mas como contrapartida da contribuição previdenciária paga por empregadores ao instituto correspondente a seu ramo de atividade econômica. Dirigia-se, portanto, a clientela específica, com necessidades diferenciadas em termos de atendimento, o que reforçou a consolidação de um formato de relacionamento Estado/Sociedade em que a figura da cidadania regulada se tornou chave.

Cidadãos seriam (apenas) aqueles membros da comunidade localizados em ocupações reconhecidas e definidas por lei - "a cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei" (9) - que transformava em pré-cidadãos todos aqueles cuja ocupação a lei desconhecia (na época, além de todo o mercado informal urbano, que continua "desconhecido", autônomos, domésticas e trabalhadores rurais). E a assistência médica, longe de um direito, pertenceria ao rol de privilégios que conferia a alguns mais cidadania que a outros.

A criação do INPS (1967), com a unificação dos institutos e o afastamento da representação trabalhista, caracterizou uma ruptura com o padrão anterior, introduzindo uma lógica favorável à progressiva expansão da clientela em direção à universalização dos serviços médicos. Naturalmente que a extensão da cidadania no que se refere à inclusão no sistema oficial de proteção social se fez, no fundamental, segundo o modelo tradicional da regulamentação de novas profissões ou ocupações e mediante a ampliação do escopo dos direitos vinculados a estas profissões. Ou seja, não significou efetivamente uma expansão dos valores inerentes ao conceito de membro da comunidade (o cidadão) e sim a mera expansão da clientela. Contingentes de trabalhadores antes excluídos passam a fazer parte dessa clientela via legislação. O último dos institutos previdenciários federais, o IPASE - dotado de um dos melhores hospitais da rede, no Rio de Janeiro -, foi integrado ao sistema ao mesmo tempo em que o foram as unidades assistenciais da Legião Brasileira de Assistência (LBA) com a criação do INAMPS, em 1978, o que também conferiu à assistência médica um estatuto especial no interior da Previdência.

Malgrado as formas (ou as intenções) que presidiram a tomada de decisões nesse sentido, o regime autoritário, ao trazer para o âmbito exclusivo do Estado a questão previdenciária -, desligando-a da organização corporativa do mercado de trabalho formal, permitiu que se efetuasse um deslocamento da mesma rumo à esfera da cidadania tout court. (10)

Este processo, afeto principalmente, repita-se, à problemática do atendimento médico - já que é aí que as carências da população se traduzem com maior vigor em reivindicações concretas quanto à proteção -, teve curso com a instituição do CONASP e a adoção do programa Ações Integradas de Saúde no início dos anos 80 (11). Procurava-se, então, integrar ao sistema médico previdenciário o conjunto das unidades assistenciais públicas não previdenciárias municipais e estaduais bem

como federais (hospitais do Ministério da Saúde e hospitais universitários) abrindo a rede previdenciária aos "cidadãos em geral", independentemente dos vínculos contratuais próprios à condição de segurado.

O atendimento médico prestado pelos governos estaduais e municipais, contudo, tem história diversa, desvinculada do mundo do trabalho. Sempre esteve dirigido à "população em geral", principalmente àquela parcela marginalizada do mercado formal e urbano, a parcela não coberta pela previdência. Com nítido caráter assistencialista, destinava-se aos destituídos de qualquer direito, configurando-se como (mais) um instrumento da política clientelista a nível local - norteada pelas práticas da troca de favores, da monopolização de currais eleitorais, da barganha de cargos, da mercantilização das lealdades, etc.

O processo de universalização do direito à assistência médica resultante da modernização conservadora levada a cabo pelos governos autoritários representou, em certo sentido, o encontro da medicina previdenciária, organizada corporativamente a partir do mundo do trabalho e concebida como um direito restrito, com o antigo assistencialismo oferecido aos não-cidadãos.

A unificação dos institutos, passo inicial deste processo, implicou uma queda na qualidade do atendimento prestado a algumas categorias profissionais melhor remuneradas, que dispunham, antes, de um serviço adaptado às suas supostas necessidades e correspondente a seu presumido status social. Pari-passu permitiu que se estabelecessem as condições para um rápido movimento de capitalização da prática médica, caracterizado por uma política de expansão dos serviços, através da utilização da rede privada.

Vale transcrever, como ilustração, trecho de uma avaliação das mudanças operadas logo no início do regime militar, realizada por um assessor do MPAS em 1979:

"No ano de 1967 a previdência social brasileira iniciou uma nova etapa em sua história; abandonou a fase corporativista, de proteção organizada por grupos profissionais ou de atividades análogas, e passou a buscar a universalização da população nacional. Dois decretos-leis, ambos de 1966, abriram o caminho - o Decreto-lei nº 66/66, modificando disposições da Lei Orgânica da Previdência Social, e o Decreto-lei nº 72/66, unificando os seis IAPs, o SAMDU e a Suserps (Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social, que só existia no IAPC) no INPS. Foram assim agrupados os direitos de todos os beneficiários da previdência social para trabalhadores urbanos com relação à assistência médica, aos serviços sociais e à reabilitação profissional (...). Vale a pena lembrar que, em 1967, o INPS tinha cerca de sete milhões de segurados, ou seja, uns 18 milhões de beneficiários com direito à assistência médica, mas apenas metade deles habituada a receber ou a contar com tais serviços de modo regular. A outra metade provinha do IAPI, cujos beneficiários apenas começavam a tomar conhecimento dos serviços médicos da previdência social quando o INPS foi criado. Estes, ao saberem que a partir de 1967 tinham direito a serviços ambulatoriais e hospitalares por conta do INPS, provocaram verdadeira avalanche de demanda sobre as unidades assistenciais que o INPS recebeu dos IAPs e do SAMDU. Estas, como era de se esperar, foram incapazes de atender ao acréscimo de procura, gerando as filas quilométricas que se formavam às suas portas desde a madrugada. Impossibilitada de organizar os serviços médicos tão rapidamente quanto a demanda o exigia, a direção do INPS recorreu a várias medidas de expedientes (...) como o convênio com empresas (...)" (12)

A reestratificação da clientela

A partir de 74, com o Plano de Pronta Ação (PPA) que promoveu a ampliação do acesso aos serviços pela população das áreas metropolitanas, tornaram-se economicamente viáveis as empresas médicas emergentes. A

concorrência dos interesses de grupos médicos com os das grandes empresas industriais e comerciais facilitou o desenvolvimento dos Convênios-Empresa e das organizações de medicina de grupo, que não pararam de crescer (ver quadro abaixo). Articulada aos setores mais dinâmicos da economia, esta nova forma de organizar a assistência médica fundamentava-se em cálculos atuariais para maximizar, de um lado, a lucratividade no processo de ações conveniadas e, de outro, a produtividade da atividade econômica.

QUADRO I
Número de associados a diferentes programas de
previdência privada na área de atendimento médico
(1974/1986)

Programa	Ano					
	1974	1976	1978	1982	1985	1986
Grupal*	100.000	500.000	1.800.000	4.680.000	10.800.000	13.250.000
Particulares	3.500.000	1.500.000	350.000	350.000	200.000	85.000
Seguro Saúde(**)	-	300.000	500.000	800.000	700.000	610.000

FONTE: ABRAMGE

(*) A "medicina grupal" conta com recursos próprios mais os credenciados, ou seja, trata-se de um "mini-Inamps". Estão computados nos dados os seguintes grupos: DAMEL, PAI (ambos, Golden Cross), AMIL, Rio Clínica, UNIMED, SANCIL, AMIGO, Blue Cross.

(**) O seguro saúde oferece livre escolha quanto a médicos e hospitais. Os dados incluem: Bradesco Saúde (iniciado em 1986); Itaú-Hospital (terminado em 1986), COMID e Golden Internacional (ambos terminados).

Tal iniciativa de empregadores, empresas de medicina grupal e seguro-saúde, com o beneplácito do Estado, substituiu, para algumas categorias profissionais, os serviços médicos previdenciários. Segmentos da antiga clientela - aqueles cujos privilégios eram anteriormente assegurados por um atendimento diferenciado - retiraram-se, na prática, da previdência, incorporando-se ao circuito da medicina privada.

"Hoje Dinheiro Vivo explica como funcionam as administradoras de planos de saúde, que são mais uma opção para você fugir das filas do INAMPS. A principal característica das empresas desse grupo é que normalmente, elas não possuem serviços próprios, trabalhando com médicos, hospitais e laboratórios credenciados. Mas em virtude da crescente concorrência, administradoras como a Golden Cross e a Amil possuem também hospitais próprios. As administradoras oferecem dois tipos de contratos: com empresas e indústrias, para atendimento a seus funcionários e dependentes; e individuais, para pessoas físicas (...)"

(Jornal de Brasília, 2/11/86).

"A receita da Previdência Social corresponde a quinhão respeitável do PIB: 5%. E tudo indica que não vai interromper sua escalada, detendo-se no patamar já alcançado. Ao avanço do volume de recursos corresponderá, todavia, melhor prestação de serviços? O passado do sistema não é de ordem a autorizar a conclusão favorável (...). A estrutura previdenciária tem recebido a influência predominante do assistencialismo, desviando-se por isso cada vez mais da linha de um autêntico e equitativo sistema de seguridade social (...). Os segurados com maior carga tributária, pelo fato de pagarem mais, não têm a contrapartida de qualquer acréscimo de benefício (...). Não contam senão com a mesma, única e uniforme rede de serviços médicos que a Previdência Social põe à disposição de todos os seus segurados.

O desempenho dessa rede de assistência médica tem sido de ordem, no entanto, a estimular a fuga de um contingente cada vez maior de segurados, que buscam garantia de melhor atendimento na medicina particular, através da aquisição de um dos planos de seguro-saúde que hoje se multiplicam no mercado segurador".

(Jornal do Comércio, 21/11/86).

Operou-se, portanto, uma redefinição da clientela previdenciária, o que trouxe, entre outros resultados, o enfraquecimento do poder de pressão latente na dinâmica de ampliação, já que, agora, eram excluídos os setores "de cima" (ao invés dos "de baixo", como ocorrera no passado). Setores, sem dúvida, melhor dotados para a vocalização de demandas e para o confronto de interesses.

Mais do que na vontade política de privatização da medicina, amparada numa lógica de acumulação capitalista (estimulada pelo Estado) que estaria presente no setor hospitalar empresarial - como estreitamente entende boa parte da literatura que trata do assunto -, é razoável procurar as origens da orientação acima referida na necessidade política de ampliar a cobertura assistencial minimizando as possibilidades de conflito entre Estado e cidadãos. A deliberação clara foi de incentivar uma alternativa assistencial particular para os setores privilegiados das classes trabalhadoras e para a classe média assalariada, privatizando os inúmeros conflitos derivados de uma rede extensa e precária, às voltas com uma população extremamente carente. Os conflitos - trabalhistas, profissionais, assistenciais ou políticos - foram despolitizados, transformando-se em relações privadas entre o médico e o empresário, o usuário e o médico, o usuário e o empresário.

Combinação entre a medicina previdenciária, com suas origens corporativas, e o assistencialismo populista, com suas práticas clientelistas: uma alegoria que corresponde ao sentido geral do processo de universalização da atenção médica no âmbito do INAMPS. A extensão do direito ao atendimento nas unidades da Previdência ampliou a clientela em direção aos setores anteriormente desassistidos, sem, entretanto, reverter o padrão assistencial em termos próximos à equidade de tratamento. A penetração da medicina privada excluiu os setores privilegiados da clientela previdenciária de forma seletiva, na medida em que foram preservados os mecanismos capazes de permitir o acesso preferencial desses setores

aos serviços mais qualificados da Previdência.

A função desempenhada pela medicina privada foi, assim, complementar (e não competitiva) ao movimento de universalização detonado pelo autoritarismo. Complementar no sentido da consolidação de uma nova estratificação da clientela: à pobreza o atendimento primário (com alguma passagem para o secundário), público e generalizado; aos segmentos melhor remunerados, a alternativa das clínicas conveniadas a nível ambulatorial, com a possibilidade, crescente de acordo com o status do cidadão, de utilização dos serviços mais sofisticados que as unidades especializadas do INAMPS oferecem nos chamados graus terciários e quaternários do sistema.

Esta reestratificação da clientela encontrou sustentação - como se houvesse um tácito acordo entre os atores do sistema - na organização corporativa dos serviços médicos no interior do INAMPS, o que será visto adiante. Convém preceder, porém, à análise do papel de tais atores, algumas considerações acerca do contexto político da universalização do atendimento e das repercussões do mesmo no encaminhamento atual da questão.

Ações Integradas de Saúde: limites e possibilidades de uma medida reativa

O cenário que se apresenta ao findar a década de 70 já é de avanço rumo à democratização. Reduzidas as suas bases de apoio, o regime militar passara a promover uma abertura, sob controle, do jogo político. A mobilização da sociedade emergia: eleições parlamentares mais disputadas, greves nos setores de ponta da indústria, novas lideranças no meio sindical. Sobretudo, se dava através de um novo associativismo, em grande parte negador (à época) dos modelos tradicionais de inserção política e do qual as associações de moradores, sociedades de bairro e outras formas de organização comunitária ou vicinal

coordenadoras e gestoras das ações a nível de cada unidade da Federação, formadas pelo Secretário Estadual de Saúde, Superintendente Regional do INAMPS, representantes do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação; comissões regionais interinstitucionais (CRIS), instâncias de planejamento integrado e coordenação das AIS a nível de cada região de saúde das unidades federadas, integradas por representantes das instituições que aderissem às AIS na região correspondente; comissões locais ou municipais interinstitucionais de saúde, para planejamento e gestão das AIS a nível municipal, compostas por representantes das instituições convenientes, da Secretaria Municipal de Saúde ou das Prefeituras e de entidades comunitárias, sindicatos, grêmios e outras representativas da população local.

A concepção das Ações Integradas de Saúde como estratégia de mudança na estrutura do atendimento médico - tanto no sentido administrativo da descentralização, quanto face aos aspectos "técnicos" da integração e hierarquização dos serviços de saúde - incorporou-se, no essencial, às metas da Nova República. Os esforços desenvolvidos em busca do aperfeiçoamento e expansão deste caminho culminaram na promulgação do Decreto 94657, de julho de 1987, que criou o SUDS - Sistema Único e Descentralizado de Saúde - ratificado pela Constituição de 1988.

Contudo, do ponto de vista político da ampliação dos direitos da cidadania, estimulada por uma maior participação popular nas instâncias decisórias, o Programa de Ações Integradas de Saúde formulado pelo CONASP em 84 apresentava limites cuja superação consiste, ainda hoje, em objeto de controvérsias. Tratava-se, basicamente, de uma proposta de integração interinstitucional, coerente com a lógica da universalização já deslançada e não um intento efetivo de democratizar politicamente as decisões sobre a saúde. A participação popular - da comunidade,

dos usuários, etc. - exige, conforme sugerido acima, uma série de mecanismos outros que não a simples representação em determinadas esferas; do contrário não ultrapassa a retórica. Veja-se o diagnóstico, a respeito, da situação vivida no interior de um Grupo Executivo Local.

"As discussões sobre a regionalização na área programática 4 (Jacarepaguá e Barra da Tijuca) vêm ocorrendo desde 1981, ano em que se realizou o I Encontro para a Integração Regionalizada das Instituições Públicas de Saúde de Jacarepaguá. A partir daí a maioria das unidades de saúde da região vem se reunindo quase que regularmente no sentido de discutir e elaborar propostas para os principais problemas de saúde apontados na área (...)

O processo de integração e articulação entre as unidades tem sido prejudicado por vários motivos (...). A novidade da proposta, a falta de hábito de serem discutidos os problemas diretamente com os interessados, as dificuldades do dia-a-dia de cada um de seus membros (...) são fatores que impedem um maior desenvolvimento do trabalho (...)

Quanto à participação das comunidades da AP4 no GEL, somente mais recentemente ela vem ocorrendo de maneira regular, dada as dificuldades de organização e de compatibilidade de horários (...) (13)

Em busca da participação popular

Uma alternativa encontrada para alargar o espaço participativo da população, tangenciando estruturas decisórias que só mudanças de maior fôlego conseguirão romper, foi o reconhecimento dos Conselhos Comunitários da Previdência Social. A 21 de maio de 1986 o Presidente da República assinou o decreto 92.701 que dispunha sobre os mesmos. Sob a epígrafe "Agora é de lei. Você é o mais novo fiscal da Previdência Social", os conselhos foram saudados pela imprensa como modelo ideal de institucionalização da participação popular. Seriam o

canal de ligação que faltava entre as unidades prestadoras de serviços e seus usuários; seriam, ademais, a fonte de controle de irregularidades e a garantia da qualidade do atendimento.

"Os conselheiros serão escolhidos dentro da própria comunidade e terão poderes para, constatada a irregularidade, denunciar o fato, primeiro ao diretor do posto, em seguida à Superintendência Regional do INPS ou Inamps e finalmente à presidência do órgão".

(Correio Brasiliense, 14/5/86)

"Os membros dos conselhos terão acesso a todas as informações dos órgãos e postos da Previdência, saberão a escala de horários dos médicos, paramédicos e atendentes e poderão ter acesso aos postos do INAMPS e do INPS a qualquer hora do expediente. Serão eles que checarão os horários dos servidores, condições de aplicação dos serviços e principalmente qualidade do serviço prestado pela Previdência".

(Gazeta Mercantil, 13/5/86)

"A mudança de clima na Previdência Social continua agora com a implantação do mecanismo que vai permitir aos contribuintes do sistema - praticamente a população do país - fiscalizarem os procedimentos da administração previdenciária e o cumprimento das metas prioritárias estabelecidas para esse setor do Governo".

(O Globo - editorial - 23/5/86)

"O povo de agora em diante pode participar de forma direta da fiscalização da Previdência Social, bastando para isso que se formem Conselhos Comunitários junto aos órgãos do INAMPS, INPS, LBA e Funabem, em qualquer município do País, necessitando apenas da organização dos usuários ou contribuintes".

(Jornal de Brasília, 15/6/86)

Na área da saúde, onde alguns conselhos passaram a funcionar, pode-se verificar, porém, que a atividade ali desenvolvida reproduz algumas características já apontadas como condicionantes do relacionamento Estado-sociedade, no Brasil, e que se condensam com nitidez nas agências de política social.

É revelador, em primeiro lugar, que tenham começado a operar de imediato conselhos comunitários de saúde em locais onde já existia alguma organização com este fim. A Baixada Fluminense constitui evidência marcante. Em Nova Iguaçu, segundo o noticiário que acompanhou a implantação dos conselhos logo após a assinatura do decreto presidencial, um conselho comunitário de saúde estava em atividade desde maio de 85.(14)

"A fiscalização popular começou a se organizar nos últimos 12 meses e, só em Caxias, já conseguiu mudar o chefe de Medicina Social do INAMPS (maior posto da Previdência no município) e levar ao descredenciamento quatro clínicas particulares. Ela é exercida pelos Conselhos Comunitários de Saúde (que reúnem associações de moradores, igrejas, médicos, OAB e autoridades), atuantes nos quatro municípios da Baixada (Caxias, Nilópolis, Nova Iguaçu e São João de Meriti), e presentes ainda em cidades vizinhas, como Magé, que vive os mesmos problemas".

(Jornal do Brasil, 18/5/86)

"Os Conselhos Comunitários de Saúde que já existem há cerca de um ano nas regiões onde foram oficializadas (Nova Iguaçu, Caxias, São João de Meriti e Nilópolis), funcionarão como um instrumento de subordinação do aparelho previdenciário ao interesse da população".

(Última Hora, 12/7/86)

Se não foram registrados pela imprensa casos de constituição de Conselhos Comunitários em municípios destituídos de organização anterior, isto não ocorreu por falta de estímulo governamental. Este constitui, aliás, um segundo traço passível de ser detectado na estrutura de funcionamento dos conselhos. Eles se tornam viáveis a partir unicamente do incentivo do Estado, ao invés de surgirem como necessidade percebida pela população. Mais ainda, eles se inserem numa estratégia de resolução de problemas que só pode ser levada a cabo pelo Estado.

"Inspirado na mobilização popular do Plano Cruzado, cujos fiscais se multiplicaram por todo o país na esteira do controle de preços, o Ministério da Previdência Social está estimulando a criação dos conselhos comunitários - entidades, compostas por lideranças comunitárias, destinadas a estabelecer um canal de comunicação entre a população e a direção dos Órgãos da Previdência."

(O Globo, 13/7/86)

Quando não diretamente estimulados pelo Estado, os Conselhos Comunitários de Saúde têm correspondido às expectativas dos próprios profissionais de saúde que, dispostos a colocar em funcionamento o serviço e desprovidos de um background institucional adequado apelam para a comunidade. Esta foi inclusive, uma "falha" apontada pela avaliação realizada pela imprensa no decorrer da implantação dos primeiros conselhos comunitários.

"Numa medida precursora em todo o País, o Posto de Assistência Médica (PAM) do Inamps, na Engenho e a Associação de Moradores do Bairro criaram um Conselho Comunitário onde estão sendo discutidos todos os problemas ligados à saúde dos moradores. A primeira medida positiva para a comunidade foi a transferência do horário de entrega de números, que anteriormente era feita pela manhã e agora é feita a partir das 14 horas, para consultas no dia seguinte, com grande receptividade entre os que foram procurar o posto. (...)

O diretor do PAM-Engenhoca (...) disse que a criação do Conselho Comunitário no bairro foi uma idéia surgida muito antes da determinação do Ministro da Previdência e Assistência Social (...). Agora eles (o PAM e as associações de moradores) estão convidando outras instituições médicas como o Posto de Saúde do Município, Unidades Médicas Estaduais e Federais, além de instituições localizadas no bairro (escolas, igrejas, orfanatos) para ingressarem no Conselho Comunitário (...). O Diretor acrescentou que esse projeto é apenas uma forma encontrada para evitar a falta de estrutura do GEL (Grupo Executivo Local) do Projeto Niterói, que não funcionou na zona norte da cidade devido a sua amplitude e também ao grande número de problemas existentes em comparação com os da zona centro-sul de Niterói."

(O Fluminense, 25/5/86)

"Por uma falha ética da própria legislação, os Conselhos Comunitários da Previdência Social recentemente criados para receber queixas e denúncias dos usuários contra o mau atendimento nos postos do INAMPS, INPS e outros, estão sendo dirigidos pelos próprios médicos e chefes dos serviços que deveriam ser vigiados de perto pela população (...). O posto médico de Portão, em Curitiba/PR, o primeiro a implantar um conselho comunitário, por exemplo, é dirigido por nove médicos que lá trabalham".

(Tribuna da Imprensa, 1/9/86)

No limite, a questão fundamental que envolve os conselhos comunitários diz respeito a própria capacidade da "comunidade" de responder adequadamente aos problemas colocados. É aqui que os limites à "participação" aparecem em sua plenitude. O exemplo, mais uma vez, está num acontecimento noticiado nos jornais; complementarmente, observa-se a perplexidade do dirigente comunitário face à enormidade da tarefa que lhe cai nas mãos.

"Um presente caído dos céus para a Baixada Fluminense deixou nessa semana atônitas as diversas associações de moradores do município, que receberam das mãos do INAMPS uma verba de Cz\$ 1 milhão e 860 mil. Verba esta para ser aplicada diretamente no atendimento médico à população carente da região. A Federação das Associações (MABE) afirma não ter como administrar o dinheiro, deixando nas mãos da Caritas, da Arquidiocese de Nova Iguaçu (...) Para a presidente da MABE, o papel da associação e da federação não seria esse, de administrar uma verba para a construção e instalação de mini-postos de saúde, 'mas é uma chance que não se pode deixar passar e temos que aproveitar ao máximo'."

(O Dia, 4/9/86)

As considerações acima visam sugerir que as possibilidades de explicação para o pouco sucesso dos conselhos comunitários de saúde - bem como de outras tentativas governamentais de abrir canais de participação para a população - não se encontram exatamente nas formas adotadas. Os conselhos constituem, sem dúvida, intentos democratizantes. No entanto, esbarram numa estrutura de relacionamento entre o Estado e a sociedade cujo desmonte está a requerer mudanças de maior peso. O eixo de tais mudanças reside no fortalecimento de uma institucionalidade democrática, pois só na vigência de certos mecanismos - parlamentares, partidários, etc. - tidos como tradicionais pelos, mais afoitos, podem os movimentos sociais garantir a expressão da cidadania.

No momento atual, em que os processos de estadualização e municipalização dos sistemas de saúde estão em curso, não custa refletir sobre estes pontos, pelo menos para evitar que a idéia de participação (como a de descentralização e outras) seja encarada como fórmula mágica que por si resolve todos os problemas.

4. SINGULARIDADES DE UM SERVIÇO, DIFICULDADES DE UMA AGÊNCIA

Saúde pública versus medicina previdenciária

Desde a criação dos institutos previdenciários (os IAPs que a partir de 1933 substituíram progressivamente as Caixas de Aposentadorias e Pensões), nos anos 30, o Estado brasileiro interpôs uma cunha entre os serviços de saúde pública e os de atendimento médico (também público). Entendida sob a forma de "Campanhas" - de vacinação, higiene, erradicação de focos de doenças transmissíveis, etc. - a saúde pública se multiplicou em "serviços" e "departamentos", malgrado tivessem se mantido precárias as condições de vida da população. "A subnutrição permanece, mas a tuberculose passará a ser medicamente combatida. Esgotos são construídos lentamente mas as campanhas sanitárias se sucedem".(15) Compensatoriamente, pensões e serviços médicos foram concedidos aos contribuintes da Previdência. Montado, por seu turno, segundo um modelo curativista individual, o setor de atenção médica previdenciária, de modo semelhante, atingia, até meados dos anos 60, poucas camadas da população urbana.

Embora compartilhassem, ambos os sistemas (o de saúde pública e o da medicina previdenciária), os únicos nacionais (ou federais), o curto alcance face às necessidades de saúde da população, cada qual veio a pautar-se por uma orientação distinta, trilhando caminhos descontraídos. Até fins da década de 50 a saúde pública quase que se identificava inteiramente com a bandeira amarela do "mata-mosquitos", enquanto a medicina previdenciária erigia o hospital como símbolo do atendimento médico público (e, por tabela, do privado). O paralelismo das ações se manifestava, da mesma forma, nos sistemas estaduais e municipais de saúde, onde, com recursos bem inferiores e para segmentos igualmente inferiores da população, se reproduzia a dualidade; postos

de saúde aplicavam vacinas, e hospitais - com suas clínicas e especializações - acolhiam os necessitados de cura (aqueles, no caso, cujo estatuto de pré-cidadania bloqueara o acesso aos serviços previdenciários).

Durante o regime militar, a unificação dos institutos previdenciários e a ampliação da clientela atendida só contribuíram para agravar uma concepção de saúde distanciada da prática médica. Esta foi subsumida pela lógica da expansão da medicina previdenciária que alterou o mercado de trabalho médico e impôs uma reorganização da estrutura de prestação de serviços. Crescentemente assalariada e especializada, a prática médica se tornou, porém, atraente - em sua forma individualizada e curativista -, como o atesta o boom das escolas médicas no início dos anos 70.(16) Já as atividades relacionadas à saúde pública tiveram sensível declínio, na medida em que as verbas do Ministério da Saúde diminuam, pesquisas e medidas sanitárias se tornavam inviáveis, isolando no gueto sanitário os profissionais preocupados com a prevenção da doença. A dissociação entre a idéia coletivizante de saúde e a prática particularista do atendimento médico imprimiu distorções ao ensino da medicina, sentidas ainda hoje.

"A saúde da população vai mal, os serviços de assistência médica são ineficientes diante das necessidades da população e as faculdades de medicina formam, em sua maioria, médicos despreparados, excessivamente especializados e sem formação geral necessária. O diagnóstico é da Comissão de Especialistas do Ensino Médico, do Ministério da Educação, que, em seu documento nº 6 aponta sérias distorções na formação de recursos humanos para trabalhar no sistema de saúde (...)

De acordo com Alice Rosa, relatora do documento e representante da Associação Brasileira de Ensino Médico na Comissão, a educação médica deve ser integrada ao sistema de saúde para intensificar as experiências práticas,

atualmente muito limitadas, já que os currículos são excessivamente teóricos. Sugeriu, ainda, maior fiscalização por parte do Conselho Federal de Educação nas faculdades, nem sempre preparadas para formar bons profissionais, e criticou o INAMPS que, como maior empregador do país, influenciou a formação médica ao manter estrutura de atendimento com serviços especializados".

(O Globo, 21/9/86)

Esta concepção, dicotomizada desde as origens, consolidou-se institucionalmente e fez com que o planejamento da saúde ficasse limitado à programação de assistência médica, compreendida como cálculo de gastos, permanecendo as questões relativas à saúde pública excluídas da racionalidade implementada pela modernização conservadora na vigência do autoritarismo.

Em 1967, a reforma administrativa gerada pelo decreto-lei 200 determinaria a elaboração de um Plano de Coordenação das atividades de Proteção e Recuperação da Saúde a ser implementado em áreas experimentais. Apesar de não cumprido, o Plano serviu para delimitar funções: ao Ministério da Saúde caberiam as medidas coletivas e ao INPS, com a colaboração da área privada contratada, a assistência médica individualizada. A partir de 1970, especialmente com o 1º e 2º PND e com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, a divisão de responsabilidades fica explícita. O MPAS centralizou a atenção médica previdenciária, reforçando um modelo assistencial curativista e relegando a plano secundário as ações preventivas. Com a instituição do Sistema Nacional de Saúde, em 1975 - por proposta do MPAS (Luz, 1975) - a dominância da medicina previdenciária se torna incontestável: praticamente toda a atividade médica que não a medicina liberal de consultório, inacessível à grande maioria de população, passa a ser, através de convênios e contratos com o INPS (e, pouco depois, com o INAMPS),

previdenciária; a escola médica, inclusive, se transforma num aparelho médico-hospitalar conveniado com a Previdência (Souza, 1981), transmitindo e reproduzindo uma noção utilitarista da prática médica, na qual o "direito à saúde" passa ao largo.

"Anualmente, segundo Rodolfo Rocco (diretor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro), formam-se no Estado do Rio de Janeiro cerca de 1.200 médicos, dos quais 160 são alunos da UFRJ. Ressaltando que o mercado supersaturado foi um dos responsáveis pela excessiva especialização dos médicos, Rocco disse que os próprios docentes incorporaram este excesso de especialização e passam para os alunos valores altamente técnicos, na maioria das vezes distantes da realidade regional.

(...) Ao admitir que a estrutura do atendimento especializado do INAMPS precisa ser reformulada, José Noronha (Secretário de Medicina Social do INAMPS) defendeu uma reordenação do sistema de saúde e criticou a tendência à especialização precoce na formação médica. Segundo ele, um bom atendimento ambulatorial reduziria o número de internações que, no ano passado chegaram a 12 milhões. Em todo o País, o INAMPS tem 35 mil contratos de trabalho com médicos, além de empregar, indiretamente, 50 mil médicos cadastrados, e 40 mil credenciados em consultórios, o que o torna o maior empregador na área da saúde".

(O Globo, 21/9/86)

A forma pela qual a referida dicotomia perpassou o Sistema de saúde/atendimento médico, no entanto, revela traços que transcendem as policies (autoritárias) do Estado. A temática da saúde pública, esvaziada enquanto decisão governamental, encontrou respaldo, para que se afastasse do mundo da medicina, nos atores sociais que a expressaram. As propostas sanitaristas, veiculadoras de um discurso centrado na saúde pública, sempre se caracterizaram mais pela ênfase no econômico-social do que por um teor médico. O ethos predominante nas instituições de saúde pública, estimulado pelas lideranças dos profissionais especializados nesta área consistiu no que já foi chamado o sanitarismo desenvolvimentista (Luz, 1975), que concebia a saúde apenas como questão social e

Desenvolvimento Econômico e Social vem tomando diversas providências para institucionalizar o processo do Planejamento no campo da saúde, como de resto vem ocorrendo nas demais áreas de ação governamental" (19).

A contrapartida do sanitarismo desenvolvimentista será a valorização de um modelo curativista-individual configurando-se o atendimento médico como um conjunto de serviços cada vez mais sofisticados, técnicos e especializados, o que, do ponto de vista da expressão organizada do trabalho médico, vai derivar um duplo corporativismo: o corporativismo sindical, representativo do assalariamento da "categoria" médica, sujeita aos ditames de um modelo empresarial hospitalar de larga escala, e o corporativismo profissional, veiculado pelas associações que monopolizam o(s) saber(es) qualificado(s) da prática médica.

Saúde e medicina refletem, assim, discursos divergentes, portados por atores diferentes - não obstante todos médicos - que tornam os médicos da saúde pública alheios ao esprit de corps das instituições da medicina e a estas, entidades "privatistas" afastadas de qualquer sentido coletivo que o direito à saúde possa encerrar.

Nesta dicotomia talvez resida a origem mais geral dos gaps que marcam a história da assistência médica previdenciária. E nem tanto pela disparidade manifesta em políticas potencial ou teoricamente complementares - afinal não consiste numa originalidade brasileira o fato de que prevenção e cura da doença sejam atividades conduzidas por entes distintos - mas pela lógica que impôs ao funcionamento dos serviços médicos públicos.

A medicina brasileira instalou-se no sistema previdenciário valendo-se do seu aparato e, simultaneamente, conferindo-lhe o caráter da especialização corporativa segundo a qual se vinha desenhando a sua organização na sociedade. Com isso permaneceu alheia não só às chamadas questões da saúde pública como à própria estruturação do atendimento médico público.

Os médicos: dirigentes reais ou "outsiders"?

A intrincada teia dos agentes que compõe o sistema médico é, em parte ainda significativa, administrada por uma burocracia instalada, a nível federal, na direção geral do INAMPS. A burocracia previdenciária - os aparatos administrativos diretamente vinculados ao Estado, responsáveis pela condução da política de assistência médica - atua, contudo, num espaço em grande medida determinado por outros atores, em relação aos quais mantém uma posição de externalidade e sobre cuja atividade tem baixa capacidade de intervenção. Atores esses a quem incumbe justamente a organização concreta da prática médica: divisão do trabalho médico, difusão e desenvolvimento de inovações tecnológicas e da ciência médica, estruturação e ampliação da demanda por serviços médicos, etc. São as instituições da medicina, um conjunto que inclui a escola médica, as associações científicas da medicina e demais centros de formação e socialização do saber médico, a imprensa especializada, as entidades agregadoras da categoria médica ou de segmentos dela, etc. No âmbito de tal conjunto se situa a própria instituição hospitalar; e a clínica, este módulo primário de hospital, não deixa de aí cumprir função, pertencendo, de modo similar, ao que se poderia chamar a "sociedade civil" da medicina.

A força desta "sociedade civil" da medicina, fundada no estrito controle corporativo da prática médica, se expressa na incapacidade do Estado e de sua burocracia de se afirmar face aos temas inerentes ao exercício profissional dos médicos. Embora seja através dos conselhos profissionais e dos sindicatos médicos que o controle corporativo revela sua ponta mais visível - pois são os órgãos de representação e defesa da "categoria" em diferentes versões -, a influência que exerce se assenta numa rede bem mais extensa e complexa de instituições, apta a sistematizar e organizar um saber e uma prática que conferem identidade e poder à corporação. Rede que, estenden-

do-se da academia ao mercado de trabalho, encontra suporte material na produção de equipamentos, insumos, medicamentos e fármacos em geral, ou seja nas indústrias do setor, com seus centros de pesquisa e desenvolvimento da tecnologia médica.

Ora, a assistência médica é, de fato, um serviço público muito particular. O "saber" e a "prática" que o informam, constituem monopólio de uma corporação profissional, produto de treinamento intenso e qualificado, atividade sofisticadamente diversificada e foco da atenção de agentes econômicos especializados.

Nada há a estranhar, assim, que a atuação desta "sociedade civil" da medicina - as instituições acadêmicas e profissionais e as atividades industriais e científicas que conferem dinamismo ao setor médico - incida de modo "sobredeterminante" na forma pela qual os serviços médicos são oferecidos e na demanda pelos mesmos. Por um lado, a organização da oferta de serviços médicos depende de tal saber específico (e como se sedimenta, como se reproduz, etc.) e se manifesta mediante uma prática consagrada, envolvendo os interesses dos atores que compõem o mundo da medicina (as instituições médicas). Por outro, a consciência social sobre o alcance e o papel da medicina se delinea em grande medida a partir das atividades destas instituições.

" - De que tipo de médico nosso país precisa? Um especialista precoce ou um clínico geral? - indagou (Rodolfo Rocco, diretor da Faculdade de Medicina da UFRJ), ressaltando, contudo, que a tendência começa a ser revertida, pois um clínico geral é muito mais acessível do que dezenas de especialistas que nem sempre são a melhor solução. Segundo ele, muitas vezes por pressão das indústrias farmacêuticas e de equipamentos, médicos recém-formados tendem a acreditar que somente com exames complexos poderão diagnosticar e resolver os problemas dos pacientes e lembra que estes acabam também procurando hospitais de 'alta tecnologia'.

- Tem paciente que exige raio-X e que sem exames acha que não poderá ser curado - comentou".

(O Globo, 21/9/86)

Os dois níveis de incidência ou "sobredeterminação" da especificidade que distingue a assistência médica enquanto um serviço público, indicam as dimensões em que se exprime o poder corporativo. O primeiro - o modelo de oferta dos serviços médicos - diz respeito ao Estado e à sua capacidade de intervir na organização social da medicina. O segundo refere-se à constituição de uma certa cultura médica difusa na sociedade, incorporada de diversas maneiras ao senso comum, estimulante do consumo de serviços e produtos médicos.

Conforme sugerido acima, o Estado, via Previdência Social, influu na organização da prática médica brasileira, figurando como protótipo da modernização das estruturas de atendimento. Contudo, isso se deu de modo tal que, alienando a concepção do serviço oferecido da questão da saúde como direito do cidadão, a assistência médica pública se transformou num espaço privatizado de exercício profissional. Esta foi a consequência do corporativismo alimentado por um Estado tutelador que, outrossim, teve também reduzida sua capacidade de interferência e controle sobre a organização daquela prática. Atomização, especialização, isolamento em relação às políticas de saúde formuladas para a população, passaram a ser os traços predominantes do perfil de atendimento médico. Por seu turno, as novidades tecnológicas da medicina, as terapêuticas avançadas, na medida em que se tornam objeto de ampla divulgação, incentivam a procura, por parte de grupos de usuários potenciais, de serviços sofisticados. E, cabe acrescentar, a possibilidade de influência da sociedade organizada no desenho das políticas públicas de assistência médica vai depender igualmente de alguma incorporação deste saber específico - e de como se apresenta, em termos de organização das práticas - sem o que, seu discurso permanece tão abstrato quanto o direito à saúde.

A natureza das funções exercidas pelo sistema de atendimento médico previdenciário (hoje, o próprio sistema público de atendimento médico), qualificada pela ação estatal, permitiu que dois sujeitos aparecessem, em pé de igualdade, como detentores do poder de imprimir direção a tal sistema: de uma parte o Estado e sua burocracia; de outro, as instituições da medicina e a corporação médica. Sujeitos que não necessariamente se constituem como atores coletivos mas cujo movimento, às vezes divergentes, encontrou na história da Previdência Social uma forma de articulação.

"A polêmica do hospital (Santo Antônio, de Friburgo, RJ), criou embaraços para a Sociedade Médica de Nova Friburgo, que se sentiu humilhada e ofendida, com as acusações de João Carlos Serra, de que os médicos estavam fraudando o INAMPS e a comunidade. A sociedade exige da Justiça que apure as denúncias e que os culpados sejam punidos (...).

A assembléia extraordinária está marcada para o próximo dia, às 18:30 min. Por outro lado a Sociedade Médica de Nova Friburgo, alerta que não aceita a responsabilidade que lhe é atribuída pelos caos que se instalou no município, em particular no Hospital Santo Antônio. A SMNF diz em sua nota que não concorda da forma em que foram punidos 13 médicos na cidade. Primeiro porque, segundo a nota, a punição foi efetuada sem nenhum julgamento, e também por discordar da maneira como o Superintendente, João Carlos Serra, tem generalizado suas ofensas e humilhações a todos os médicos".

(O Fluminense, 8/7/86) - 126/8

Neste ponto parece ter se localizado a singularidade do INAMPS face às demais agências de política social. Ali, as irracionalidades habitualmente verificadas em instituições estatais voltadas para a suposta resolução dos problemas das camadas populares foram agravadas por uma lógica perversa que colocou em campos separados de ação os "dirigentes reais" da assistência médica. A dis-

A não incorporação dos médicos - e sobretudo das questões referentes à organização social da medicina - aos processos decisórios, recorrentes no(s) formato(s) da assistência médica, institucionalizou a disjuntiva medicina/administração, restringindo o universo médico ao hospital, à unidade assistencial isolada. Este confinamento do médico ao mundo limitado de sua prática, tem uma relação de mútuo reforço tanto com o atrelamento da assistência médica às imposições do mercado quanto com a concepção de saúde dominante, alheia à questão da cidadania. Todavia, a engenharia política responsável por tal estado de coisas não se traduz em repressão a demandas contidas de participação. Antes parece indicar a vigência de acordo tácito entre o Estado e as instituições da medicina, no sentido de preservar interesses de ambas as partes.

Assim, de um lado, se solidificaram limites estruturais à intervenção estatal na organização da medicina, impedindo a transformação da prática médica numa questão pública (ou, pelo menos, de conseqüências públicas); de outro, se fecharam os caminhos para a constituição de um ator coletivo capaz de dar suporte intelectual ao pleito pela universalização da assistência médica (que não se trata como é sabido, de um problema de escala, mas requer, sobretudo, o estabelecimento de um novo padrão de relações entre o Estado e a sociedade).

Estas considerações ajudam a explicar dois pontos de estrangulamento na atividade cotidiana do sistema de assistência médica ainda subordinado ao Inamps: 1º) as unidades assistenciais detêm um elevado grau de autonomia frente à administração do sistema no que se refere à organização dos serviços médicos; seja com relação às unidades próprias, seja com relação às unidades privadas, a intervenção da administração previdenciária se resume ao controle sobre a distribuição de recursos; 2º) a administração do sistema consiste essencialmente na manipulação de recursos orçamentários; reivindicações dos diversos componentes do sistema convergem para as várias instâncias decisórias, mobilizando os recursos de poder ali disponí-

veis; estes vários níveis de decisão operam, pois, como espaços abertos à negociação.

A autonomia das unidades reflete a baixa capacidade de intervenção do sistema sobre a organização da prática médica. Outro não é o significado da precária visibilidade que a instituição tem sobre si mesma. Concretamente, porém, a assistência médica se organiza em cada unidade assistencial ou grupo de unidades. Só que esta organização ocorre segundo uma dinâmica que corresponde, em cada unidade, às peculiaridades "locais", e aos interesses individualizados do componente do sistema ali dominante. Tanto a ampliação de determinada clínica de um hospital próprio do INAMPS quanto o aumento da cota de internações de um hospital privado são demandas que se regem por uma lógica privatizada. Atores movidos por uma ótica particular dos serviços médicos negociam seus interesses - prestígio, carreira, lucratividade, etc. - na administração do INAMPS com vistas à apropriação de parcela dos recursos públicos destinados à medicina previdenciária.

O sistema funciona, assim, como um mercado, no qual cada componente procura valer seus próprios interesses. Ora, numa tal situação, o "planejamento" fica restrito à tentativa de regular a "competição", de modo que o resultado seja o incremento da qualidade e da quantidade dos serviços médicos oferecidos. Mas como não há competição strictu sensu, já que as decisões reais - vale dizer, a distribuição de recursos - não deixam de ser politicamente orientadas (se não dirigidas), a "racionalidade" do sistema acaba residindo na "racionalidade" da burocracia.

Uma nova burocracia: neutra, o mais possível, vis-a-vis os interesses em pugna; tecnicamente competente. Esta idéia compõe uma das vertentes reformadoras da Previdência Social, visível em vários documentos produzidos recentemente e que circulam na esfera previdenciária. Cujas viabilidade, no entanto, está de antemão comprometida pelo fato de que o sistema é estruturalmente avesso ao planejamento, entendido o planejamento como a capacidade de implementar estratégias necessárias à consecução de políti-

cas de saúde definidas. E isto porque as instâncias decisórias não têm controle sobre o movimento daqueles que organizam a assistência médica, a não ser indiretamente, determinando as "regras do jogo". A questão do planejamento acaba por se constituir em mera expectativa de racionalização burocrática, o que não chega a significar uma concepção planejada das ações de saúde.

Em resumo, o Estado responde de forma fragmentada à demanda por serviços médicos, financiando uma oferta que é organizada por agentes portadores de uma ótica privatista sobre a natureza da assistência médica. A capacidade de resistência do sistema à mudança é imensa, dado que qualquer intervenção que possa indicar outras direções significa uma ameaça potencial a interesses consolidados. A observação, cabe insistir, não se aplica somente aos chamados "interesses privados" em sentido literal, isto é, aos empresários da saúde, mas ao universo geral da intelectualidade médica e dos profissionais de saúde - igualmente movidos pela lógica do privatismo -, o que torna o problema muito mais complexo.

5. A PONTA DA LINHA

Hierarquização dos serviços: ideal e realidade

O modo pelo qual se organizam os serviços médicos prestados pelo INAMPS (20) - tanto nas unidades próprias quanto nas contratadas e conveniadas - constitui o contraponto da ação reguladora empreendida pelo Estado em relação à cidadania cuja manifestação, no caso da assistência médica previdenciária, está na estratificação da clientela. Variados que são, estes serviços funcionam com padrões diversos de tecnologia e de intervenção médica, mal integrados entre si e autonomizados em termos

de controle, configurando um quadro onde se expressam com clareza as características predominantes no sistema de atendimento: o corporativismo da prática médica, a concepção privatista do exercício profissional, o isolamento da medicina face às questões mais gerais da saúde (e, obviamente, do planejamento da mesma) e a concordância tácita dos atores que o movem com a hierarquização imposta aos cidadãos-clientes. Os serviços têm suas clientelaes específicas, com regras de acesso e lógicas particulares de desenvolvimento, o que faz da especialização médica um enfeudamento dos mecanismos disponíveis para seu desempenho e da estrutura pública do atendimento, um espaço de utilização privada da corporação.

Hierarquização, contudo, é uma palavra-chave no ideário reformista presente, inclusive na nova Constituição. Não da clientela, como de fato ocorre, mas dos serviços. Várias propostas de hierarquização procuraram formalizar procedimentos que regulamentassem a mobilidade em direção aos diversos níveis de especialização e sofisticação tecnológica da prática médica, de maneira a conferir racionalidade aos serviços, resolutividade ao atendimento e transparência quanto aos critérios de acesso, sobre uma base universal e igualitária (21). A atenção se concentra no atendimento primário - supostamente uma rede capilar destinada à atenção básica de saúde, porta de entrada de um sistema integrado e hierarquizado, sobre a qual se ergueria a rede hospitalar em níveis de crescente especialização. Neste contexto, a atenção primária incluiria atividades de controle sanitário geral além dos serviços de clínicas básicas, fundamentalmente gineco-obstetrícia, pediatria e clínica geral.

Ora, o sistema atual não se encontra hierarquizado nem dispõe de uma rede capilar com as funções preconizadas para a atenção primária de saúde. Mas existe uma divisão clara que tem a ver, de um lado, com a qualificação da intervenção médica em termos de padrões concretos de sua prática e de outro, com a estratificação da demanda

e, portanto, com a hierarquização da clientela. Justifica-se, assim, a menção à vigência de quatro níveis de intervenção médica, que, não hierarquizados e muito menos integrados num sistema de referências e contra-referências, operam como estratos diferenciadores do atendimento. (22)

No que se pode considerar o nível primário está o conjunto de atividades médicas que se desenvolvem à margem das clínicas especializadas de base hospitalar, com atendimento indiscriminado à população, isto é, independente de diagnóstico médico prévio. Pode incluir a participação eventual de médicos especializados, mas não o aparato da clínica especializada. Em termos funcionais realiza um papel de triagem associado às práticas médicas que constituem a presença da medicina no cotidiano da população.

O nível secundário reúne o grupo de atividades médicas de base hospitalar, em regime de internação ou não, caracterizado por intervenção de rotina, com baixo nível de especialização e sofisticação tecnológica. Enquanto atividades não dependentes de qualificação especial (nem da equipe médica, nem das instalações hospitalares), constituem um conjunto de serviços médicos complementares à atenção primária, relativamente uniforme e padronizado.

De nível terciário é a intervenção médica especializada, em regime de internação ou não, utilizadora de tecnologia médica, dependente de qualificação da equipe e de instalações específicas. Consiste em atividades típicas de clínicas hospitalares especializadas, com sua hierarquia informal de prestígio e qualificação, incorporadas em graus variados ao circuito científico da medicina.

Como atividades de nível quaternário pode-se pensar, enfim, aquelas identificadas com a fronteira da ciência médica, atividades quase experimentais, requerentes de altos níveis de qualificação e sofisticação tecnológica.

Desnecessário afirmar que os limites entre estes diversos níveis são móveis e em alguns casos, pouco nítidos.

dos. A classificação envolve, porém, duas variáveis combinadas: Uma, interveniente na relação entre a população e a Instituição; outra, referida à relação entre o paciente individualizado, portador de alguma patologia e a prática médica. Afora e chamado nível primário, tem-se uma progressiva especialização e um crescente distanciamento da prática médica vis-a-vis o cotidiano da população e seu entendimento da medicina.

Os dois níveis inferiores figuram claramente como objeto de reivindicação política por parte dos usuários; decisões quanto à oferta de tais serviços são, portanto, de natureza política. O que acontece, de certo, por envolverem o atendimento às patologias mais comuns, mas também (e sobretudo) porque se compõem daqueles serviços percebidos, de modo crescente, como um direito, por parte da população. Direito este encarnado no acesso a duas instituições prototípicas: o posto de atendimento médico local (a consulta médica) e o hospital geral de médio porte (a internação hospitalar).

"Através deste jornal venho solicitar às autoridades da Previdência Social, encarecidamente, uma solução para o meu problema e da população de Magé. Há meses venho procurando o Posto Médico, mas lá não tem pediatria e não sabem informar quando poderão fazer atendimento.

Eu faço um apelo a quem de direito, na certeza que o Sr. Ministro Raphael de Almeida Magalhães acabará com o nosso drama".(23)

A demanda pelos serviços de níveis superiores resulta de uma intervenção médica anterior; trata-se de uma clientela construída pela própria prática médica. A oferta desses serviços dificilmente pode se constituir em objeto de reivindicação por parte da cidadania sem a intervenção de instituições médicas. Assim, se o atendimen-

to primário - e, em parte o secundário - se apresenta como a instância na qual prevalece a intermediação da política strictu-sensu, é no tipo de assistência especializada, oferecida nas unidades de referência, que a força do corporativismo se faz decisiva. No primeiro caso, o elemento corporativo se apóia no político; no segundo, o político passa pelo crivo do corporativo. Situações em que tais imbricações se manifestam são comuns na rede do Inamps.

"Queremos que o HSE volte a ter o papel de destaque em nossa rede, como sempre teve. Agora, eu gostaria que os chefes de serviços que estão nos criticando tivessem se manifestado durante os últimos 15 anos em que estiveram no hospital. O que ocorre, na realidade, é que muita gente não está gostando da nova orientação que estamos dando ao HSE. Antes era um hospital que só atendia os apaziguados da Presidência da República e hoje é uma unidade aberta a toda a população. Isso tem causado sérios problemas internos".

(declaração de JC Serra - O GLOBO 18/7/86)

O mundo fragmentado das clínicas

A descrição dos serviços existentes (o modelo aqui, cabe lembrar, é o Rio de Janeiro) segundo a tipologia dos níveis de especialização que a prática médica impõe, ajuda a entender o funcionamento do sistema.

O atendimento de emergência dos hospitais públicos, os PAMs e PUs, parte do serviço ambulatorial dos hospitais públicos, acrescido da rede contratada para atendimento aos acidentados no trabalho, e certamente os ambulatórios privados credenciados (no município do Rio de Janeiro não são credenciados ambulatórios privados), constituem a rede de atendimento primário.

Os serviços de emergência se inserem na rede

primária por dois aspectos. Em primeiro lugar por não cumprirem a função que lhes seria exclusiva, atendendo um enorme contingente de casos que não configuram situações de urgência, perfeitamente adequados aos serviços de ambulatório, não fosse a precariedade do atendimento. Em segundo lugar por que sob a rubrica urgência, estão cobertos tanto os atendimentos de urgência propriamente primários (uma perna quebrada constitui um bom exemplo) quanto situações que requerem intervenção médica mais especializada. Sob esta ótica a emergência acaba por exercer um importante papel de triagem, constituindo em alguns casos a principal porta de entrada para as clínicas hospitalares especializadas. Em ambos os casos, porém, realiza uma atenção que pode ser qualificada como primária.

Quanto ao atendimento ambulatorial há que salientar que as fronteiras entre o primário e o especializado, em particular aquele percebido como atendimento ambulatorial de nível secundário - acompanhamento e tratamento ambulatorial de pacientes de patologias específicas do âmbito de clínicas especializadas -, não se estabelecem com nitidez. A razão está na ausência de uma triagem efetiva. Assim o atendimento ambulatorial especializado é alcançado livremente por meio de auto-diagnóstico (um indivíduo com uma dor no peito procura um cardiologista). A triagem, no mais das vezes um simples ato burocrático de marcação de consultas, nada acrescenta ao auto-diagnóstico. O atendimento ambulatorial das clínicas especializadas passa a exercer um papel de clínica geral. Os próprios PAMs dispõem de inúmeras clínicas especializadas para atendimento ambulatorial, cujo ingresso em princípio é livre.

As fronteiras institucionais entre o atendimento primário e o "secundário" são, portanto, pouco nítidas. A passagem de um nível a outro, tanto pela via ambulatorial quanto pela via da emergência, se afigura pouco visível, quase uma abstração analítica, pois o mesmo médico ou equipe pode realizar ambas as funções.

Tome-se, agora, a outra face da moeda: qual a clientela do atendimento primário do sistema público universalizado? Em primeiro lugar aquela parcela da população que não tem acesso a qualquer outro tipo de atenção médica. O atendimento primário atual é herdeiro legítimo do assistencialismo, apenas desprovido de qualquer ética fundada na caridade. Trata-se, em geral, de uma população que não pertence ao mercado formal de trabalho, ou pura e simplesmente marginalizada, ou ainda aqueles que trabalham em setores produtivos de baixa remuneração e sem atenção médica disponível a partir do local de trabalho.

"São 11:30h e uma fila imensa de rostos tristes e cansados aguarda na clínica vascular. Alguns estão sentados em cadeira de roda. Benedito de Lima, 69 anos, é um deles. Roupas surradas, demonstra estar sentindo dores. Ele veio de Rio Grande da Serra tentar ser atendido no Heliópolis (o maior dos cinco hospitais da rede própria do Inamps na Grande São Paulo) pela quarta vez em duas semanas. Seus pés estão inflamados e já amputaram um dedo do esquerdo há quatro anos".

(O ESTADO DE SÃO PAULO, 7/6/86)

Não custa lembrar que muitas empresas mantêm médicos atuando no local de trabalho, atenção oferecida, contudo, apenas ao trabalhador durante o expediente, não estendida à família. Outros facilitam planos de seguro-saúde ou firmam convênios com clínicas privadas que garantem assistência médica à família do trabalhador. Como já apontado, estes mecanismos agem no reforço à estratificação da clientela previdenciária.

"O engenheiro civil da Empresa de Obras Públicas, José Emydio de Oliveira Filho, 34, e que há 12 anos desconta o IAPAS, acha que o custo do INPS (como é conhecido por todos) é muito alto, principalmente para a classe assalariada, pois os serviços prestados são precários. Além de descontar cerca de Cz\$ 1 mil 300 mensalmente de seu salário, José Emydio desconta mais Cz\$ 800 pelo convênio que sua empresa tem com a Semic.

Evaldo de Souza, 29, representante de vendas autônomas de produtos hortigranjeiros, também considera o desconto muito alto em relação ao retorno de serviços. Ele desconta desde os 12 anos, quando começou a trabalhar, e acredita que na adolescência possa ter recorrido alguma vez a um hospital do Inamps, mas, após a independência econômica, nunca mais."

(JORNAL DO BRASIL, 5/12/86)

Mesmo a clientela básica dos serviços primários é heterogênea (como, aliás, é heterogênea a pobreza). De-la participam indivíduos totalmente excluídos, que sobrevivem em graus de miséria absoluta. O que transforma a intervenção médica num ato destituído de qualquer resolutividade - sequer de sentido -, pois pertence à condição de vida desses indivíduos a doença crônica. Nas palavras de um médico entrevistado: "estou cansado de atender pessoas pelas quais nada posso fazer." (24) A pobreza, associada às péssimas condições sanitárias em que vive o grosso desta clientela "previdenciária" desqualifica a prática médica, ao torná-la impotente. Os pacientes não têm como comprar remédios nem, muitas vezes, como pagar a condução e comparecer a uma consulta previamente marcada.

Entretanto, esta não é a única clientela dos ambulatórios. Muitos dos que dispõem de acesso à medicina dos consultórios populares, ou ao médico de empresa, por razões variadas, seja por conhecimentos pessoais, ou pela intervenção de "terceira pessoa", conseguem estabelecer relações personalizadas com o médico, ou com uma instituição médica particular. No caso de serem portadores de patologias específicas que exigem acompanhamento médico, podem se fazer incluir numa certa clientela particular daquele médico, incorporando o restante da família. (25)

Claro está que, neste caso e noutros mais, esta possibilidade depende do médico. A constituição de pequenas clientelas privilegiadas organizadas a partir do médico, ou da clínica, ou da instituição médica, por meios diversos, é fenômeno generalizado e a rede primária não está excluída desta lógica que se torna dominante à medida em que se "sobe na hierarquia".

O atendimento secundário envolve um conjunto amplo de atividades médicas, em regime de internação ou não, tendo por base principal a instituição hospitalar. Pode ser reconhecido, sem muitas dificuldades, como um numeroso conjunto de práticas médicas específicas, cuja universalização representa um imperativo ético e político. Ético na medida em que aí se incluem patologias sobre as quais a intervenção médica possui elevada resolutividade, a um custo relativamente baixo, utilizando recursos disponíveis em larga escala. Político por serem aquelas práticas difundidas e percebidas "como direito" por parte dos usuários (direito simbolizado pelo acesso ao atendimento hospitalar). Talvez a cirurgia geral constitua um caso emblemático. Todavia, cabe salientar, o recorte deste segmento da atenção médica não está determinado exclusivamente por considerações de natureza médico assistencial ao estilo patologia-resolutividade-custo, visto que, muitas vezes, o acesso à internação hospitalar tramita por vias distintas.

A não hierarquização efetiva do sistema torna muito difícil a qualificação quer das unidades assistenciais quer das clínicas isoladamente, pois, sob pressão da demanda, unidades ou clínicas de vocação terciária incorporam pacientes típicos de atenção secundária, ocupando leitos em princípio reservados a outro tipo de intervenção médica. Sem mencionar o atendimento ambulatorial especializado que, repita-se, acaba por realizar funções típicas de atenção primária. Isto é particularmente verdadeiro nos hospitais públicos gerais com serviço de atendimento a pacientes externos, onde o contato direto com a população pressiona a favor da ocupação indiscriminada dos leitos

hospitalares e do atendimento ambulatorial.

"...A precariedade de serviços de urgência e a falta de leitos de curta permanência, a inexistência de condições de atendimento resolutivo em Traumatologia-Ortopedia e Neurocirurgia, a falta de recursos e enormes dificuldades de internações em Clínicas Básicas, a dificuldade de rede ambulatorial para atendimento da crescente demanda e as distorções da destinação e prioridades das diversas Unidades, tem sido exaustivamente apontadas e encaminhadas pelas inúmeras reuniões do Grupo Executivo Local." (26)

Quanto à rede contratada, algumas indicações favorecem a hipótese de sua concentração no tipo de atendimento identificado como secundário. O mecanismo de pagamento fixo por procedimentos, por exemplo, sugere a prevalência na rede privada contratada de intervenções médicas deste tipo. E a própria expansão da rede assistencial via credenciamento de hospitais privados parece ter obedecido ao incremento da demanda por tais serviços. O que resulta em situações nas quais o descredenciamento, geralmente necessário, ocasiona insatisfações por parte da clientela.

"O descredenciamento, pelo Inamps, do hospital Santa Tereza, em Petrópolis, está provocando demissões de empregados do estabelecimento e falta de leitos para atendimento médico hospitalar aos segurados. Para protestar contra essa decisão do INAMPS, moradores da cidade vão realizar às 15 hs da próxima terça-feira uma passeata que deverá contar com a participação de representantes de várias entidades sindicais."

(O DIA, 23/11/86)

De qualquer modo, este setor da prática médica penetra o mundo das clínicas especializadas. Trata-se de uma faixa-larga e diversificada em termos de atividade - que antecede os espaços clínicos onde a prática médica assume uma vocação científica, refletindo a incorporação de inovações tecnológicas. Integrados numa mesma unidade, assistencial ou não, os serviços médicos continuam a se diferenciar em função das relações entre patologia(s)/resolutividade/custos. Inovações tecnológicas, por princípio, sustentam sua validade na elevação da resolutividade da intervenção médica sobre patologias específicas, com consequente incremento dos custos. E não só implicam em especialização como em seletividade do acesso.

No sistema atual, as clínicas constituem um mundo fragmentado onde se estrutura uma hierarquia informal de prestígio (e poder) que diferencia de fato o acesso por parte dos médicos (e da clientela) aos recursos tecnológicos, assim como sua capacidade de controle sobre a clientela atendida. Esta diferenciação informal, e no mais das vezes não planejada, encobre a hierarquização real da medicina pública, disfarçando os privilégios dela resultantes. As exigências de uma hierarquização de direito têm, portanto, seu fundamento político na necessidade de tornar transparente esta hierarquia de fato, para que se venha a regular de modo democrático o acesso aos níveis superiores.

A atenção primária funciona apenas como uma das portas de entrada do sistema - tanto pela rede ambulatorial quanto pelas emergências hospitalares -, conformando, através dela, uma demanda que pressiona a estrutura hospitalar no sentido de sua abertura a amplas clientelas. No entanto, há um numeroso contingente de pessoas que procura internação, exames ou tratamento especializado a partir da medicina privada. Exemplo típico está no caso daqueles que utilizam os consultórios particulares populares, compatíveis com os recursos da "pobreza relativa", servindo-se de serviços hospitalares públicos no curso do tratamento recomendado. Frequentemente o próprio médico enca-

minha o paciente, quando não é ele mesmo que o atende, enquanto médico, também no hospital. Este padrão se mostra recorrente em diversas modalidades de acesso privilegiado à rede hospitalar do Inamps. Nas instituições ou clínicas que detêm prestígio médico e fazem uso de tecnologias avançadas e pouco difundidas, o controle do acesso tende a ser maior, o que impõe um recorte mais preciso às clientela. Os interesses do corpo clínico serão tão determinantes quanto as inúmeras formas que o eventual usuário possa lançar mão para forçar a sua entrada; em tais casos, aliás, a clientela pode incluir indivíduos com acesso regular à medicina privada.

A modelo de hierarquização vigente, aplicável ao médico particularizado ou à clínica especializada se estende a instituições mais abrangentes: um hospital ou parte dele. Instituições hospitalares públicas podem consolidar clientela privadas que se utilizam de seus serviços em todos os níveis, sem que a abertura ao público propriamente dito signifique mais do que uma pequena alteração de sua rotina. A vinculação da instituição a uma clientela específica organiza-se em geral a partir do corpo clínico, mais integrado e identificado com a história da instituição, embora envolva outros profissionais burocráticos e auxiliares. Afinal, as relações pessoais que sustentam os pequenos privilégios conquistados não são facilmente removíveis, até porque a relação tradicional médico-paciente é, em si, bastante personalizada.

Em síntese, a demanda por serviços médicos distribui-se por um gradiente de especialização e qualificação da intervenção médica onde o atendimento (anônimo e indiferenciado) ao grande público restringe-se predominantemente àquela parcela da população que não conta com outra alternativa de atenção médica senão a oferecida pelo Estado. Entretanto, a clientela das unidades do Inamps não se resume a esta população. São inúmeros os mecanismos que garantem acesso preferencial a usuários que utilizam os serviços públicos em caráter complementar à medicina privada. Tanto aqueles que dispõem apenas do Estado quan-

to aqueles que usam seus serviços de forma seletiva procuram, a partir de relações personalizadas com o médico ou com a instituição, se inserir no sistema mediante a condição de clientela particulares, privilegiadas. Só assim - por meio da conquista de (pequenas) prerrogativas -, pode o indivíduo escapar do anonimato, da fila, do tratamento indiferenciado.

Há, é óbvio, alguma relação entre posição sócio-econômica e acesso aos serviços públicos de melhor qualificação, em especial os do INAMPS. Não obstante, o que prevalece são os microcircuitos de seleção da clientela, fundados na autoridade do médico, no seu conhecimento das alternativas e recursos disponíveis, vale dizer, no corporativismo (institucionalizado) do saber. Circuitos dos quais participam não apenas os médicos como outras "autoridades", capazes de negociar vantagens, desde o burocrata que marca as consultas ao funcionário "amigo do médico". Negociações, por seu turno, que se farão tanto mais presentes quanto mais o serviço em pauta estiver afastado da "surda pressão dos excluídos".

Política das pressões e neutralização dos conflitos

O afastamento do sistema previdenciário da órbita do corporativismo sindical - com o progressivo abandono da medicina pública pelas categorias profissionais melhor remuneradas e/ou pelos trabalhadores dos setores mais modernos da economia - consagrou uma relativa distância entre o movimento sindical e a assistência médica oferecida pelo INAMPS.

Em sua dimensão mais visível, a medicina previdenciária deslocou-se para o âmbito da comunidade, onde a demanda por serviços médicos (vinda, é evidente, dos setores da população urbana de menor poder aquisitivo) tor-

nou-se logo objeto de intermediação clientelista. Recentemente incorporou-se à agenda de movimentos sociais, associações de moradores e outras organizações comunitárias, configurando um fenômeno novo para a Previdência Social. Fenômeno amplificado pelo processo de integração com as redes municipal e estadual, originalmente voltadas para práticas mais afins com políticas públicas de natureza assistencialista do que com a consolidação da cidadania.

As decisões relativas ao atendimento primário/secundário se inserem, assim, numa rede de interesses cujo foco reside nas comunidades de baixa renda. Pressões para ampliação dos serviços, novos investimentos, credenciamentos, etc., envolvem políticos locais, associações e outras organizações comunitárias, fazendo com que a demanda por assistência médica se consubstancie num conjunto heterogêneo e fragmentado de interlocutores (que nem sempre têm por interesse a assistência médica propriamente dita).

Neste plano, as questões são de imediato politizadas. As recorrentes solicitações de políticos locais visam a obtenção de dividendos eleitorais, o controle administrativo dos serviços, o apadrinhamento de empresários da medicina e outros tantos fins assemelhados. A comunidade, quando consegue expressar-se de forma autônoma, pressiona por mais e melhores serviços. Por sua vez, os profissionais responsáveis diretamente pelo atendimento reivindicam melhores condições de trabalho e remuneração.

"Além de não contar ainda com o reforço de 140 médicos, que ficaram de se apresentar mas não apareceram Hospital da Posse, em Nova Iguaçu, passou a enfrentar ontem uma greve de cirurgiões. A equipe de clínica cirúrgica decidiu atender apenas casos de emergência em protesto contra a demissão de médico Fausto Orsi, 12 dias atrás, e a falta de alguém para substituí-lo na chefia do setor (...).

(...) - alegaram que a nossa equipe era ociosa, o que não corresponde à verdade, pois somos responsáveis por 25% dos atendimentos do hospital, com uma média de 30 cirurgias por semana. Eles deveriam se preocupar é com a falta de condições mínimas para trabalharmos".

(JORNAL DO BRASIL, 18/6/86)

"São João de Meriti com 3.416 m e 600 mil habitantes, não tem sequer um leito público, portanto não tenho sequer condições de apresentar estatísticas (...) e aproveito para expressar minha dúvida a respeito do que estamos iniciando".

Declaração de José Augusto Dias, representante do Conselho Comunitário de Nova Iguaçu, Caxias, São João de Meriti e Nilópolis - na solenidade de reconhecimento dos conselhos de Nova Iguaçu.

(ÚLTIMA HORA - 12/7/86)

Na ausência de partidos políticos com capacidade de articular diferentes interesses sob a égide de uma política para o setor, resulta um quadro no qual predominam a segmentação das pressões, a sazonalidade eleitoral dos dirigentes mais próximos, as oscilações administrativas sujeitas a razões contingenciais, e, naturalmente, a inoperância de um planejamento que tenta se sobrepor a todos os óbices.

"Nenhum médico será transferido do Hospital dos Servidores do Estado, pois todos são indispensáveis aos serviços a que pertencem, deliberou a assembléia de médicos realizada esta semana para discutir a decisão do INAMPS de transferir médicos de outros hospitais para Nova Iguaçu.

Espantada com a deliberação - já que o HSE é considerado um dos hospitais com maior índice de ociosidade no Estado - (a Secretária de Medicina Social) Ana Tereza Silva Pereira resolveu analisar as estatísticas mandadas para a Superintendência pelo diretor do hospital, Valter Costa Vaz, e se surpreendeu mais ainda."

(JORNAL DO BRASIL - 25/5/86)

"Um cirurgião geral do INAMPS que só se disponha a fazer uma operação por mês, não dar mais de nove consultas e visitar apenas um paciente internado por dia encontrará um ambiente ideal de trabalho no Hospital de Ipanema.

(...) Na proctologia do HSE a ociosidade ainda é mais evidente. Na enfermaria, com 29 leitos, há uma média de dois pacientes internados por dia. Cada médico-vínculo dá menos de três consultas por dia e faz uma operação por mês.

(...) No hospital da Lagoa, no setor de pediatria, o número mensal de consultas por médico-vínculo equivale a quatro dias de trabalho.

(...) Como no caso do Alcides Carneiro, de Petrópolis, onde se constatou que os médicos trabalham em média seis minutos por dia, com exceção dos anestesistas, que ficam 15 minutos no hospital".

(JORNAL DO BRASIL - 25/5/86)

Por outro lado, este é o mundo do velho assistencialismo que enfrenta uma cidadania emergente, embora frágil, num contexto em que o direito universal à atenção médica vem sancionado sem outros instrumentos de representação política que não aqueles proporcionados pelas práticas clientelistas, ainda pouco afetados pela presença das comunidades organizadas até porque estas permanecem retricas, em grande medida, ao espaço de uma problemática tópicica e localizada.

"Representantes de mais de 400 associações de moradores de cinco municípios - Nova Iguaçu, Duque de Caxias, São João de Meriti, Nilópolis e Magé - fecharão hoje a Via Dutra, a partir de 9 horas, para chamar a atenção dos governantes e da sociedade em geral para os problemas de saúde e saneamento da Baixada Fluminense e pedir a decretação de estado de calamidade pública na região (...). Na última vez em que as associações de moradores da Baixada protestaram contra os problemas de saúde e saneamento da região, reuniram cerca de 5 mil pessoas em frente a uma escola de Nova Iguaçu".

(JORNAL DO BRASIL - 27/5/86)

O conflito embutido na reprodução de desigualdades efetuada pela estratificação do atendimento é atenuado na base do sistema, pela natureza quase exclusiva da mesma em relação às camadas da população menos preparadas para a reivindicação. As emergências hospitalares das grandes unidades agem como verdadeiras válvulas de escape, situando-se, por isso, fora da mira de qualquer movimentação contestatória. Por cima deles, mas também no sentido de dirimir antagonismos, atuam os interesses corporativos de médicos e profissionais da saúde, além dos mecanismos, em muito decorrentes do corporativismo, constituintes das pequenas clientelas privilegiadas que diluem a potencial homogeneidade das exigências populares.

"Médicos do hospital do Inamps em Ipanema reuniram-se ontem no auditório do hospital com os presidentes do Sindicato dos Médicos, Heraldo Bulhões, e da Associação dos Servidores de Hospitais, Roberto Bezerra, e protestaram contra as afirmações que vêm sendo feitas pelo superintendente do INAMPS, João Carlos Serra, de que existem 3 mil médicos excedentes nos hospitais metropolitanos do INAMPS. Desses 3 mil, haveria 15 no hospital de Ipanema que Serra pretende transferir para Nova Iguaçu."

(JORNAL DO BRASIL - 12/6/86)

Não há dúvidas quanto ao importante papel desempenhado pelas diversas formas de medicina privada na regulação da oferta dos - e da demanda por - serviços médicos públicos. Trata-se de um espectro heterogêneo, que inclui desde setores autônomos aos mais intimamente vinculados ao Inamps, e no interior do qual é fácil constatar a subsistência de relações de complementaridade com a medicina pública (exemplos, como os consultórios populares, a assistência médica nos locais de trabalho, etc., já foram mencionados). O mecanismo de constituição de clientelas particulares, acima analisado, sustenta-se, em parte, nas

ligações entre o médico e o paciente estabelecidas fora do âmbito público bem como no livre trânsito entre as diversas instituições onde o médico exerce sua profissão: consultório, plantão, clínica hospitalar, etc.

A participação em diversas instituições é, também, uma maneira de potencializar o trabalho individual do médico, fazendo circular recursos de origem variada em favor de atendimento de seus pacientes. Esta autonomia do médico possui dupla face. Por um lado, cumpre um papel funcional ao sistema, regulando o acesso aos serviços; por outro, tem importância enquanto componente da concepção "liberal" do exercício profissional. A "sociedade civil" da medicina preserva e reforça esta imagem da prática médica: uma prática autônoma e, em princípio, livre da interferência de empregadores ou burocratas.

Tais observações indicam uma questão ainda carente de investigação empírica e reflexão mais aprofundada: o eventual obstáculo representado pela concepção dominante da prática médica em termos da regulação do desempenho profissional por parte do poder público. Seja como for, o universo médico, com seus vínculos diversificados com variadas instituições e diferentes formas de atendimento - vínculos e formas de atendimento potencializados pela agregação de novos recursos à prática profissional sob controle individualizado do médico - adjetiva os "interesses" da corporação, alargando o (já complexo) leque de interveniência sobre o sistema público.

NOTAS

- 1 - Declarações de José Almino de Alencar, secretário de Assistência Social do Ministério da Previdência Social, Jornal do Brasil, 17/5/87.
- 2 - Em 1926 a assistência hospitalar passa a fazer parte também do benefício. As CAPs tiveram que estabelecer suas próprias instalações, embora comprassem também serviços de terceiros. No entanto, essa assistência hospitalar era pouco significativa.
- 3 - As primeiras CAPs foram criadas em 1923 apenas para as empresas do setor ferroviário; em 1926 o benefício foi estendido para os estivadores e marítimos; já haviam, então, 33 caixas funcionando. Neste ano foi criado também o Instituto de Pensões para funcionários da União, mais tarde IPASE.
- 4 - O modelo seria abrangente quanto aos benefícios concedidos - incluindo a assistência médica - mas limitado na cobertura. Ver Teixeira, 1984.
- 5 - O Decreto 20.465 de 1/10/1931, que promoveu uma reforma na Legislação das CAPs fixou em 8% do orçamento de cada caixa o limite máximo de gastos com assistência médica; em 1932 (Decreto 21.081 de 24/2/1932) este limite foi aumentado para 10%. Mas o primeiro Instituto criado, o IAPM, em 1933, manteve os 8% em sua regulamentação.
- 6 - Entre 1933 e 1953 as CAPs foram progressivamente substituídas pelos IAPs. Em 1953, as restantes foram unificadas na CAPFESP, transformadas em IAPFESP em 1954, passando o sistema a ser formado de grandes institutos.

- 7 - A LOPS determinava que a assistência médica seria oferecida por todos os institutos na razão direta dos recursos financeiros disponíveis e conforme o permitissem as condições locais. Cf. Santos, 1979.
- 8 - Em 1971 foi instituído o Funrural; em 1973 a Previdência atingiu os empregados domésticos, etc.
- 9 - Santos, Wanderley Guilherme, op.cit.
- 10 - No campo da atuação ambulatorial, o índice de consultas por habitante, financiadas pela Previdência, passou de 0,50 em 1971 para 2,24 em 1984, no meio urbano, correspondendo a um total de 456 milhões de consultas médicas e serviços de diagnóstico e terapia, naquele ano. Em relação à população efetivamente beneficiada pela assistência hospitalar, custeada com recursos previdenciários, o índice médio de internações da população urbana, passa de 3% em 1971 para 11% em 1984, quando totalizaram 12,8 milhões. A partir de 1975 o atendimento médico de urgência foi estendido a toda a população, através do Plano de Pronta Ação (PPA), indiferentemente à condição de segurado o não da Previdência. MPAS, Secretaria Geral, Secretaria de Planejamento e Orçamento, Plano Setorial: subsídios para o 1º PND da Nova República, Brasília, agosto/1985.
- 11 - As Ações Integradas de Saúde foram definidas pela Resolução CIPLAN 6/84 (referendada, já na Nova República, pela Portaria Interministerial nº 01/MS/MPAS/MEC de 7/6/85).
- 12 - Bastos, Murilo Vilela, "Saúde e Previdência Social no Brasil: o impacto da previdência social na organização dos serviços médicos", Revista de

- Administração Pública, 13(4): 95-116, Rio de Janeiro, out/dez 1979. O autor era assessor para estudos especiais no Ministério da Previdência e Assistência Social na ocasião em que publicou este artigo.
- 13 - GEL - CEAP 4 - Relatório anual, 1984.
- 14 - Nele, tinha assento - e papel fundamental - a secretária geral da Federação das Associações de Moradores de Nova Iguaçu, também médica do INAMPS lotada na DG.
- 15 - Luz, Madel, (1975)
- 16 - Segundo relatório de 1972, da Comissão de Ensino Médico do MEC entre 1965 e 1971 há um crescimento de 100% das faculdades de medicina, expansão que se dá quase que exclusivamente na área privada; cresce a demanda de vagas para o ensino médico e aumentam também as verbas para o desenvolvimento da prática hospitalar. Cf. Luz (1975).
- 17 - Ministério da Saúde, Relatório à IIIª Conferência Nacional de Saúde, mimeo, julho 1963. Esta idéia se apresenta com nitidez em vários congressos realizados no início da década de 60, conforme levantamento realizado por Madel Luz, 1975.
- 18 - Este isolamento se reflete, ainda hoje (se bem que tenham sido dados passos importantes na sua superação), na estruturação e no funcionamento da Fundação Oswaldo Cruz, entidade por excelência voltada para a questão da saúde pública. Ali, também, o sanitarismo (expresso quer num enfoque social das questões da saúde coletiva, quer sob a forma da epidemiologia) se distingue (especialmente, inclusive) da pesquisa biomédica "científica".

- 19 - "Programa de Ação" do Ministério da Saúde - 1967/1971, Governo Federal, Introdução. Citado por Luz (1975).
- 20 - A referência às unidades do Inamps se justifica porque a pesquisa foi realizada junto a estes serviços. Atualmente muitas das unidades do Inamps foram ou estão sendo repassadas aos estados e municípios que assinaram o convênio do SUDS. As considerações analíticas, porém, continuam válidas, não só porque a integração real da rede não ocorreu como porque a interpretação se aplica, também, às unidades originariamente estaduais e/ou municipais.
- 21 - Ver, por exemplo, MPAS, INAMPS, SUDS: Sistemas unificados e descentralizados de saúde nos estados, julho de 1987; Cordeiro, Hésio, A Reforma Sanitária: Bases estratégicas e operacionais para a descentralização e unificação do Sistema de Saúde.
- 22 - As formulações que se seguem estão baseadas em entrevistas realizadas em alguns hospitais e PAMS do INAMPS. Refletem, portanto, predominantemente uma realidade visível nas chamadas unidades próprias da Instituição. Ademais, refletem a visão dos atores que vivem esta realidade no Rio de Janeiro.
- 23 - Carta publicada no Jornal O DIA, assinada por Djalma Soares Barreto, de Magé, RJ.
- 24 - Este médico não se referia a pacientes terminais, mas a indivíduos cuja situação é a doença crônica. As emergências hospitalares estão repletos de indivíduos nestas condições.

- 25 - "Traz ele aqui para eu ver". A frase foi citada numa entrevista e expressa a idéia de utilização de relações "particulares" como meio de evitar a burocracia.
- 26 - MPAS/MS/SESM/SMS/SEDS/CEAP - Ações Integradas de Saúde - Área de Planejamento 4 - Plano Diretor AP-4, 1986.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- Abranches, Sérgio, M. (1982), The Politics of Social Welfare development in Latin America, Iuperj, Série Estudos nº 8, Rio de Janeiro.
- Arouca, A. Sérgio, coord. (1979). O Complexo Previdenciário de Assistência Médica, Relatório de Pesquisa, PESES/ENSP, Rio de Janeiro, mimeo.
- Braga, José Carlos de S. (1978), A questão da saúde no Brasil: um estudo das políticas sociais em saúde pública e medicina previdenciária no desenvolvimento capitalista, dissertação de mestrado, Unicamp, Campinas, mimeo.
- Cordeiro, Hésio (1980) A Indústria da Saúde no Brasil, Graal, Rio de Janeiro.
- Luz, Madel (1981), As Instituições Médicas no Brasil: Instituições e estratégias de hegemonia, Graal, Rio de Janeiro.
- Malloy, James (1976), "A Política de Previdência Social no Brasil: participação e paternalismo", Revista Dados nº 13, Iuperj, Rio de Janeiro.
- Oliveira, Jaime e Teixeira, Sonia Fleury (1986), (Im) Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil, Vozes, Petrópolis.
- Santos, Wanderley Guilherme dos (1979) Cidadania e Justiça, Campus, Rio de Janeiro.
- Souza, Valéria de (1981). Assistência Médica Hospitalar do Sistema Previdenciário Brasileiro através de serviços contratados, tese de mestrado, EBAP/FGV, Rio de Janeiro.

- Teixeira, Sonia M. Fleury (1984), "Previdência versus assistência na política social brasileira", Revista Dados vol. 27 nº 3, Iuperj, Rio de Janeiro.
- Vianna, Luiz Werneck (1977) "Leis Sociais e demografia", Estudos CEBRAP nº 21, São Paulo.
- Vianna, Maria Lucia T.W. (1987) A administração do "Milagre", Vozes, Petrópolis.

PUBLICAÇÕES DO IEI EM 1989

TEXTOS PARA DISCUSSÃO

	Nº de páginas
183. TAUILÉ, José Ricardo. <u>Novos Padrões Tecnológicos, Competitividade Industrial e Bem Estar Social: Perspectivas Brasileiras</u> . IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 183).	47
184. LIMA, Fernando Carlos G.de Cerqueira; GOMES, Maria Célia. <u>Sistema Financeiro da Habitação: Limites de Expansão de um Sistema Especializado</u> . IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 184)	65
185. FERRAZ, João Carlos. <u>A Heterogeneidade Tecnológica da Indústria Brasileira: Perspectivas e Implicações para Política</u> . IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 185).	34
186. TIGRE, Paulo Bastos. <u>How Does Latin America Fit Into High Technology?</u> . IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 186)	16
187. RUSH, Howard J. <u>Manufacturing Strategies and Government Policies</u> . IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 187)	19
188. MAGALHÃES, Paulo; SILVEIRA, Caio Márcio L.P. da; MAGALHÃES, Maria Alice E. <u>Programas Governamentais de Autocconstrução no Brasil: Um Estudo Comparativo</u> . IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 188)	43
189. PENA, Maria Valéria Junho. <u>O Estado das Informações Sobre a Mulher no Brasil - uma avaliação</u> . IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 189)	49
190. TAVANES, Maria da Conceição. <u>A Política Econômica do Autoritarismo</u> . IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 190)	15
191. AZEREDO, Beatriz; OLIVEIRA, Pedro Jorge de. <u>Fontes de Recursos para o Orçamento da Seguridade Social</u> . IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão 191)	48
192. VIARSA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. <u>O Postulado da Obrigação Política e Suas Justificativas Ideológicas na Teoria Clássica</u> . IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 192)	44

193. LIMA, Fernando Carlos G.C.Lima, FIORI, Jorge; MAGALHÃES, Paulo; TIMCOO, Galeno; ZONINSEIN, Jonas; SILVEIRA, Caio Márcio L.P.da; COMES, Maria Célia e BASTOS, Carlos M. Sistema Financeiro da Habitação e Programas Habitacionais Alternativos: Diagnóstico e Perspectivas. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 193) 49
194. BATISTA, Jorge Chamí. The Conditions for a Foreign Exchange Constrained Economy: A Critique of Joshi's Model. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 194) 16
195. FIORI, José Luís. Brasil: Uma transição democrática com crise orgânica do Estado. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 195) 38
196. TEIXEIRA, Aloisio; AZEREDO, Beatriz; MATSUTANI, Maurício; FAVERET, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge de. O financiamento da seguridade social em 1989: novos caminhos, velhos problemas. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. Discussão, 196) 63
197. BATISTA, Jorge Chamí. Structural Deficits, The Debt Cycle Hypothesis and the Transfer of Real Resources. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 197) 23
198. PEREIRA, Edgard Antonio e ROMANO, Ricardo. Política Anti-inflacionária e planos de estabilização: a experiência brasileira recente. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 198) 93
199. PROCHNIK, Victor. Programas regionais para modernização e difusão de tecnologia em indústrias tradicionais. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 199) 68
200. OLIVEIRA, Isabel de Assis R.de. O imaginário político do trabalhador na literatura brasileira. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 200) 43
201. FIORI, José Luís. Sonhos prussianos, crises brasileiras. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 201) 59
202. MEDICI, André Cezar. Urbanização e Estrutura Ocupacional: Alternativas metodológicas para uma investigação. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 202) 64
203. MEIO, Luís Martins de. O programa de apoio ao desenvolvimento tecnológico da empresa nacional - PADTEN - (1973 - 1988). IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 203) 34
204. SALGADO, Lucia Helena. As propostas de coordenação monetária internacional de Keynes; a institucionalidade ausente de uma economia monetária de produção. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 204) 50

205. LUSTOSA, Tânia Quiles de O. & FIGUEIREDO, José Bernardo B. de. Pobreza no Brasil: Métodos de Análise e Resultados. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 205) 58
206. FIGUEIREDO, José Bernardo. Exportações, consumo pessoal e estrutura de produção: algumas simulações para o Brasil. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 206) 72
207. MEDEIROS, Carlos. Reestruturação industrial e conflito distributivo na economia italiana. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 207) 42
208. BATISTA, Jorge Chamí e PAULA, Germano Mendes de. Avaliação e perspectivas tecnológicas das empresas estatais produtivas: o caso do setor siderúrgico. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 208) 67
209. FIORI, José Luís. Para uma crítica da teoria do Estado Latinoamericano. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 209) 61
210. PROENÇA, Adriano e CAULIRALUX, Heitor Mansur. Desintegração integrada: um novo padrão de organização da produção? IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 210) 38
211. HAGUEHAUER, Lia. Competitividade: Conceitos e medidas. Uma resenha da bibliografia recente com ênfase no caso brasileiro. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 211) 38
212. CARVALHO, Fernando J. Cardin de. Keynes and the long period. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 212) 27
213. BURLETTI, Leonardo. História, Política e Organização do Capitalismo em Fomes. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 213) 59
214. PAIVA, Vanilda. Produção e qualificação para o Trabalho: Uma Revisão da Bibliografia Internacional. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 214) 74
215. FIORI, José Luís. Ética e política: uma nota apressada. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 215) 14
216. FAVERET FILHO, Paulo e OLIVEIRA, Pedro Jorge de. A universalização excluyente (1911-1989) e a tendência do sistema de saúde. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 216) 47

	Nº de páginas
217. PROCHNIK, Victor e LISBOA, Marcos de Barros. <u>Política Industrial para Setores Tradicionais: O Caso do Complexo Textil Brasileiro.</u> IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 217).	31
218. PENA, Maria Valéria Junho. <u>Política e População: Alguns Dados Sobre um Estado de Duas Caras.</u> IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 218).	22
219. FABRIANI, Carmen B. <u>Por uma política de conservação da natureza: o desafio de Petrópolis.</u> IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 219).	58
220. FALL, Michael. <u>The built environment and the question.</u> Série Seminário Internacional. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 220).	41
221. MASSEY, Doreen. <u>Uneven Development and Spatial Division of Labour: The British Experience.</u> Série Seminário Internacional. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 221).	18
222. PICCINATO, Giorgio. <u>I Difficili Rapporti fra Urbanistica e Realtà Nei Paesi Economicamente Avanzati.</u> Série Seminário Internacional. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 222).	19
223. MURLINHAQUI, Leonardo. <u>Condicionantes Sócio-Políticas e Política Industrial na Coréia do Sul: Uma Avaliação Preliminar.</u> IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 223).	33
224. FIGUEIREDO, José B.B. de e SILVA, Nelson do Valle. <u>Uma projeção demográfica para o Brasil e suas regiões.</u> IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 224).	36
225. HAUQUENAUER, Lia. <u>Competitividade no complexo químico nacional - primeira aproximação.</u> IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 225).	26
226. VIANNA, Maria Lucia T. Werneck. <u>Política social e transição democrática: o caso do INMPS.</u> IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 226).	69
227. FIGUEIREDO, José B.B. de. <u>Uma tentativa de decomposição da desigualdade social através do coeficiente de Gini.</u> IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1989. (Discussão, 227).	32