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

SONIA MARIA FLEURY TEIXEIRA*

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

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

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

1. *Antecedentes*

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

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

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

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

Tabela 1

Cobertura previdenciária — 1963-81

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

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

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

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

Estudo recente divulgado pelo Ipea (tabela 2) mostra a inversão de prioridades na política de saúde, sendo que os gastos com os serviços curativos passaram de 12,9% dos gastos totais do setor, em 1949, para 84,2%, em 1982.[1]

Este processo teve como corolário a diminuição da participação percentual do Ministério da Saúde no Orçamento da União de 4,57% em 1961, para 0,90%, em 1974.[2] Em 1982, a participação do Ministério da Saúde dentro do total de gastos federais foi apenas da ordem de 1,6%.

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

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

Tabela 2

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[3] Kowarick, Lucio. *Estratégia e planejamento social no Brasil*. São Paulo, Cebrap, 1976.
[4] Gonçalves, E. L. et alii. *Administração de saúde no Brasil*. São Paulo, Biblioteca Pioneira de Administração e Negócio, 1982.

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

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

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

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

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

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

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

[5] Principalmente na vasta obra deixada pelo Dr. Carlos Gentile de Mello.
[6] Cordeiro, Hésio. *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1980.
[7] Braga, José Carlos & Paula, Sérgio Goes. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo, Hucitec, 1981.

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

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

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

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

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

2. *O Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social*[8]

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

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

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

Tabela 3

Distribuição dos recursos do Inamps por modalidades assistenciais

Tipo de Serviço	Sistema prestador							
	Próprios (%)	Convênios órgãos Governo (%)	Convênio MEC/MPAS (%)	Convênios rurais (%)	Convênios sindicatos urbanos (%)	Convênios empresas (%)	Hospitais contratados (%)	Credenciamento Ambulatorial (%)
Consultas médico-odontológicas	26,4	13,0	1,9	12,8	5,8	9,1	—	29,5
Internações hospitalares	1,6	4,3	1,4	18,3	—	3,8	69,7	—
Serviço de diagnose e terapia	16.1	20,4	1,5	6,4	1,0	8,4	—	45
Recursos consumidos*	18,5	4,7	2,2	6,5	2,6	3,5	40	16

Fonte: Conasp, agosto de 1982.

* % do dispêndio total do Inamps.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. *Algumas interrogações*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

pagamento de serviços prestados, o que, segundo análise de Nicz[10] em recente seminário promovido pela Secretaria de Saúde do Paraná, implicaria não só a diminuição da participação financeira do Inamps nos convênios, como alteraria a relação paritária entre estas duas instituições, já que a reverteria para o padrão comprador-vendedor, com todas as conseqüências conhecidas.

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

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

Summary

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

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

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

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