

## A assistência à saúde no governo militar (1964-1985) e sua herança para o SUS: o híbrido público-privado

Health care under the military government (1964-1985) and its legacy for the SUS: the public-private hybrid Unified Health System

Telma Menicucci (<https://orcid.org/0000-0002-5002-7389>)<sup>1</sup>

**Abstract** *This article analyzes the health care policy developed during the military government in Brazil (1964-1985), with a core focus on the relationship between the public and private sectors in the provision of health services, in the different modalities in which this occurred, and its repercussions. The objective, from an institutionalist and historical perspective, which considers the mechanisms by means of which prior policies affect the subsequent decision-making process and impose limits on the possibilities for change, is to identify the effects of this policy on the configuration of health policy reform, implemented in the democratization process, which led to the creation of a universal and comprehensive health system. Among these, the political effects on the configuration of the health area stand out; cognitive effects related to the perception of health policy, and effects on the government's capacity to provide and regulate services. The result was the continuation of a duality in the health system, resulting in the coexistence of a vigorous private sector with an allegedly universal public system which posed/poses difficulties for the SUS, but did not prevent its implementation and institutionalization. The article is taken from a previously published book.*

**Key words** *Health policy, Private sector, Public sector, The Military*

**Resumo** *O artigo analisa a política de assistência à saúde desenvolvida durante o governo militar no Brasil (1964-1985), com foco principal na relação do setor público com o privado na produção de serviços de saúde, nas diversas modalidades em que isso ocorreu, e suas repercussões. O objetivo, a partir de uma perspectiva institucionalista e histórica, que considera os mecanismos por meio dos quais políticas prévias afetam o processo decisório posterior e colocam limites às possibilidades de mudanças, é identificar os efeitos dessa política na configuração da reforma da política de saúde, produzida no processo de democratização, que levou à criação de um sistema de saúde universal e integral. Entre esses, destacam-se os efeitos políticos na configuração da arena da saúde; efeitos cognitivos relativos à percepção da política de saúde, e efeitos na capacidade governamental de produção e regulação de serviços. O resultado foi a manutenção de uma dualidade do sistema de saúde, garantindo a convivência de um setor privado vigoroso com um sistema público pretensamente universal e que colocou/coloca dificuldades ao SUS, mas não impediu sua implantação e institucionalização. O artigo é extraído de livro publicado anteriormente.*

**Palavras-chave** *Política de saúde, Setor privado, Setor público, Militar*

<sup>1</sup> Departamento de Ciência Política, Universidade Federal de Minas Gerais. R. Samuel Pereira 120, apto 702, Anchieta. 30310-550 Belo Horizonte MG Brasil. [tgmenicucci@gmail.com](mailto:tgmenicucci@gmail.com)

## Introdução

A assistência à saúde, individual, curativa e sob a forma de seguro para os trabalhadores formais urbanos, teve um expressivo crescimento durante os longos 21 anos de experiência autoritária brasileira com governos militares (1964-1985). Esse crescimento se deu em detrimento dos serviços voltados para a saúde coletiva, aprofundando a tendência, desde os anos 1930, de cisão funcional e institucional entre cuidados voltados para a saúde coletiva e cuidados curativos<sup>1</sup>.

Será esse segundo que vai assumir predominância a partir da segunda metade dos anos 1960, quando ocorre substancial expansão da assistência médica previdenciária a partir da unificação dos institutos de aposentadoria e pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966. Esse estendeu o seguro social para todos assalariados urbanos e uniformizou os benefícios, entre esses a assistência médica.

Ao absorver número cada vez maior de contribuintes compulsórios, a previdência social passou a mobilizar volume crescente de recursos e aumentou progressivamente a participação da assistência médica no conjunto das despesas. No período, foi se constituindo um consenso no sentido de que o Estado deveria estender os serviços de saúde a toda a população, expressando as pressões por cuidado médico em função do processo de industrialização e urbanização que colocou nas grandes cidades uma massa assalariada em más condições de trabalho e baixa remuneração. Isso se relaciona com a elevação substancial dos custos com assistência médica, associada às transformações científicas e tecnológicas que levaram à maior utilização de medicamentos, serviços para diagnóstico e incorporação mais intensiva de equipamentos, tendo o hospital como local de encontro das diversas especialidades médicas e detentor da infraestrutura e dos equipamentos necessários. O aumento do custo ampliava a demanda por assistência pública em detrimento da medicina liberal.

A característica básica da política de saúde no período militar foi a ênfase na medicina previdenciária, de cunho individual e assistencialista, centrada no atendimento hospitalar. A contrapartida da perda de importância relativa das medidas de saúde pública se expressa pelo orçamento precário e declinante do Ministério da Saúde. Ao passo que em 1968 a sua participação no orçamento global da União era de 2,21%, em 1972 reduz para 1,40%, em 1973 para 0,91%, atingindo 0,90% em 1974. Excepcionalmente, ocorre em

1975 um crescimento expressivo dos recursos do Ministério da Saúde da ordem de 35,7%<sup>2</sup>, explicado pela proposta do II PND do governo Geisel de priorizar o setor saúde no campo social.

Outro indicador desse declínio refere-se ao gasto direto da União, dos estados e dos municípios com saúde (e saneamento) que em 1967 correspondia a 56% do gasto estatal em saúde, ao passo que a participação do INPS, responsável pela assistência médica individual, era aproximadamente de 44%, sendo a relação gasto direto/gasto INPS da ordem de 1,27%. Em 1972, o gasto com saúde coletiva se reduz a 45,1% do gasto total com saúde e, em contrapartida, as despesas assistenciais atingem 51,7%, nada menos do que 77% do gasto direto<sup>2</sup>.

Expressão do progresso tecnológico, com elevação dos custos da atenção médica, é o crescimento das despesas hospitalares no âmbito da Previdência Social bastante superior às despesas ambulatoriais no período de 1960-1967. Ao passo que o crescimento total das despesas com assistência médica variou de 9,1%, em 1965, a 42,4%, em 1967, o crescimento das despesas hospitalares no mesmo período variou entre 15,9% ao ano, em 1963, e 117,6%, em 1965, com uma exceção de crescimento negativo em 1962 a que correspondeu um crescimento das despesas ambulatoriais muito pequeno. Isso significa que nesse período o valor real gasto com assistência médica subiu 3,3 vezes, ao passo que o gasto hospitalar aumentou nove vezes e o ambulatorial apenas 2,1 vezes<sup>2</sup>.

As características dessa assistência, em função das escolhas políticas que foram feitas, por um lado, aumentou expressivamente o acesso à atenção à saúde, mas por outro, terão diversas consequências negativas para o Sistema Único de Saúde (SUS), criado a partir da Constituição de 1988, no bojo do processo de democratização do país. A criação de um sistema público universal, integral e descentralizado encontrou um legado fortemente institucionalizado de um sistema centralizado, excludente, segmentado e cooptado por diversos interesses privados constituídos a partir do formato do modelo assistencial, que favoreceu o desenvolvimento de um mercado vigoroso de prestadores e de planos de saúde privados. Essa configuração teve várias consequências políticas e institucionais, e não apenas constituiu atores e interesses, alterando a arena política da saúde, mas teve também efeitos cognitivos, tanto no público em geral, como nos prestadores e gestores de saúde – públicos e privados –, e não permitiu o desenvolvimento da capacidade governamental tanto de provisão como de regulação dos

serviços. Sintetizar essa trajetória da assistência à saúde durante o governo militar e seus efeitos na configuração da reforma sanitária pós democratização é o objetivo deste artigo. O argumento que orienta essa interpretação é extraído da abordagem institucionalista histórica que considera que as escolhas políticas costumam ser estrangidas pelos efeitos institucionais de escolhas anteriores, e os decisores, em cada momento histórico, operam em um ambiente condicionado por políticas do passado, que não apenas institucionalizam práticas e regras, mas também constituem diferentes atores<sup>1</sup>.

### **Forma de expansão da assistência médica na previdência social: a constituição do “complexo previdenciário”**

Ao assumir a assistência médica como uma de suas atribuições, a previdência social não optou pela instalação de uma infraestrutura própria de produção de serviços. Com a unificação dos institutos, a existência de grande demanda reprimida, particularmente dos segurados originados de institutos menos pródigos, gerou grande pressão sobre as unidades de saúde incorporadas pelo INPS, sem condições de ser atendida de imediato na rede própria.

A legislação dos institutos não definia a instalação de infraestrutura própria, sendo permitidos convênios e contratos com outros institutos ou com estabelecimentos hospitalares privados. Mas até 1964 a compra de serviços médicos era minoritária, exceto no caso do IAPI – instituto de inclinação privatista de sua tecnoburocracia, onde surgiu a proposta de “privatização” da assistência médica<sup>2,3</sup>. Para os demais, a rede de serviços próprios era significativa para o atendimento de sua clientela, dada a reduzida cobertura. Além disso, no período de 1935-1950 houve crescimento relativo dos leitos hospitalares públicos em comparação aos privados. Após essa data é que vai se observar o crescimento progressivo da proporção de hospitais privados em detrimento dos públicos, além da expansão das clínicas privadas de atendimento ambulatorial. A partir da segunda metade da década de 1970, haverá uma verdadeira estagnação na capacidade relativa da rede hospitalar pública (medida pelo número de leitos), que se manterá praticamente inalterada até a década de 1990, e terá como contrapartida o crescimento da importância da rede hospitalar privada (Tabela 1).

A partir da criação do INPS e na vigência do regime autoritário, a política previdenciária pas-

sou a dar prioridade à contratação de serviços em detrimento da ampliação dos serviços próprios. Essa opção se fez em nome de uma racionalidade viabilizadora da expansão da cobertura e sob o argumento da crise financeira dos IAPs<sup>6</sup>. Além disso, com a unificação da assistência médica no INPS, tornam-se dominantes as forças institucionais liberais e privatistas da corporação médica, portadoras de um discurso medicalizante, cuja materialização será a implantação da prática assistencial curativa de acentuada tendência privatizante, sob a forma de convênios entre a iniciativa privada e o Estado.

A opção pela compra de serviços encontra também explicação no contexto político pós-64, fazendo parte de um modelo mais geral de relacionamento entre Estado e sociedade e de uma política de centralização e privilegiamento do produtor privado. As Cartas Constitucionais do período do regime militar dão prioridade à iniciativa privada no processo produtivo, em detrimento do setor público. A reforma administrativa efetivada pelo Decreto-lei 200/1967 traduz a filosofia do governo de eximir os órgãos da administração pública da prestação direta de serviços sempre que a iniciativa privada pudesse assegurar sua execução, definindo para cada ministério o máximo possível de abandono das ações executivas em benefício do setor privado, com restrição das suas atividades, na medida do possível, ao nível normativo. No caso da assistência médica, o Decreto-lei 200 dava preferência à celebração de convênios com entidades públicas e privadas já existentes na comunidade.

O INPS tornou-se o grande comprador de serviços médicos e passou a sustentar uma procura ampliada, garantindo um mercado institucional pela via dos segurados da Previdência. Essa interferência estatal contribuiu para o fortalecimento do setor privado, cuja expansão dificilmente seria viável de forma independente do Estado, tendo em vista os baixos níveis salariais da população e o aumento dos custos da assistência médica, que inviabilizariam à maioria da população brasileira a compra direta de serviços médicos. Em consequência, favoreceu uma determinada trajetória da política de assistência à saúde, ao mesmo tempo que engendrou interesses em torno da manutenção ou ampliação dos incentivos públicos ao setor privado – escolha que será condicionante da evolução da assistência médica posterior.

Alguns dados mostram a evolução dessa trajetória: em 1960, 50% das atividades médicas estavam no âmbito previdenciário; em 1967,

**Tabela 1.** Leitos hospitalares. Brasil, 1935-1999.

Anos	Leitos hospitalares			Anos	Leitos hospitalares		
	Públicos (%)	Privados (%)	Total (N)		Públicos (%)	Privados (%)	Total (N)
1935	36,69	63,31	61.877	1981	23,9	76,1	522.769
1945	44,6	55,4	124.339	1982	24	76	530.501
1950	46,13	53,87	162.515	1983	23,9	76,1	534.055
1960	37,89	62,11	257.371	1984	23,7	76,3	538.721
1965	36,97	63,03	228.545	1985	25,8	74,2	532.283
1971	33,9	66,1	367.522	1986	22,4	77,6	512.346
1975	31,6	68,4	394.782	1987	22,3	77,7	519.698
1976	26,8	73,2	443.888	1988	22,9	77,1	527.196
1977	26,6	73,4	455.712	1989	22,9	77,1	522.895
1978	26,2	73,8	475.452	1990	23,4	76,6	533.558
1979	24,3	73,5	488.323	1992	24,8	75,2	544.357
1980	24,1	75,9	509.168	1999	29,6	70,4	484.945

Notas: i) À exceção da AMS, esta tabela utiliza dados obtidos de diversas fontes, com graus distintos de fidedignidade, devendo ser avaliada apenas como indicadora de tendência. ii) Para os anos de 1945-75, as porcentagens e os totais foram corrigidos em relação à tabela original.

Fontes: 1935: Bahia<sup>4</sup>; 1935-75: Braga e Paula<sup>2</sup>; 1976-99: IBGE<sup>5</sup>.

dos 2.800 hospitais do país, 2.300 estavam contratados pelo INPS e, em 1973, 90% dos serviços médicos estavam direta ou indiretamente dependentes do INPS<sup>6,7</sup>; em 1977, cerca de 66% dos hospitais e aproximadamente 50% dos leitos hospitalares privados do país encontravam-se à disposição da Previdência Social<sup>8,9</sup>.

Além da assistência médica previdenciária, estados e municípios prestavam algum tipo de assistência. Dados de 1969 mostram que, para o conjunto do país, os gastos com assistência médica dos estados correspondiam a menos de 25% do gasto total, ao passo que os do INPS equivaliam a cerca de 75%. Embora houvesse grande variação entre os estados, apenas em seis deles o gasto com saúde ultrapassava a proporção verificada para o conjunto do país (Pará, Maranhão, Piauí, Alagoas, Guanabara e São Paulo); e a assistência pública relevante cabia ao INPS<sup>10</sup>.

A expansão da medicina privada com a transferência de recursos da Previdência Social foi mais significativa em relação aos serviços hospitalares, pois no caso dos serviços ambulatoriais os IAPs já tinham previamente organizado serviços próprios, principalmente para o controle da prestação de benefícios previdenciários básicos, como seguro-doença e seguro-invalidéz, cuja concessão é condicionada a algum atendimento médico. A expansão da rede hospitalar privada se deu à custa de certo esvaziamento da sua autonomia. Na condição de comprador, o Estado as-

sumiu o papel de regulador de preços, de forma que o setor privado não operava livremente no mercado e, conseqüentemente, o Estado teve um papel fundamental na organização da assistência médica mediante o controle da instituição previdenciária e da relação que estabeleceu com o setor privado<sup>6-9</sup>. Apesar de essa política contribuir para a sua expansão, o setor privado mostrava resistências diante de sua subordinação crescente ao Estado, que lhe parecia uma “estatização” da medicina, particularmente no aspecto do controle de preços.

Essa opção governamental não se fez em um cenário vazio, mas povoado de atores e interesses setoriais com capacidade diferenciada de pressão. As modificações no processo decisório e no jogo de pressões no interior da previdência implicaram a substituição do clientelismo populista anterior ao governo militar por uma aparente gestão previdenciária tecnocrática, supostamente imune a pressões, mas de fato aberta a interesses empresariais do setor saúde<sup>6</sup>. Com a implosão do arranjo corporativista, diminui a influência dos segurados, mas cresce a dos interesses ligados às instituições médicas sobre os órgãos de direção das instituições previdenciárias, particularmente empresas médicas e hospitais.

Além de ser responsável pelo crescimento do setor privado, a política definida vai condicionar a formação dos interesses dos atores privados e a formação de atores coletivos que passaram a

redirecionar suas estratégias políticas no sentido da constituição e/ou preservação de regras que lhe fossem favoráveis. A pressão desses grupos se exercia diretamente perante os ministros ou pela localização de seus representantes em postos-chave da administração previdenciária e outros cargos responsáveis pela política de saúde. Essa atuação exemplifica uma das formas de articulação de interesses entre a burocracia pública e a privada que prevaleceu durante o regime militar e ficou conhecida pela expressão de “anéis burocráticos”<sup>11</sup>. Mediante esse mecanismo, inseriam-se os interesses privados no aparelho estatal, fundindo-se os interesses privados e públicos.

Essa política levou à constituição do chamado “complexo previdenciário”, entendido como o conjunto de atividades médico-assistenciais desenvolvidas pelo sistema próprio e pelo sistema contratado da Previdência Social<sup>9</sup>. Essa estrutura vai ser composta de subsistemas, distintos pela natureza jurídica e forma de articulação entre o setor público e o privado, apresentando lógicas diferenciadas de prestação de serviços: o próprio, o contratado e o conveniado.

O subsistema próprio era constituído pelos postos de assistência médica e hospitais do INPS. Os primeiros eram responsáveis pela assistência ambulatorial, predominantemente pública, e os hospitais da rede pública, embora bem menos numerosos (menos de 20% do total), eram maiores e mais bem equipados e, por sua superioridade técnica, assumiam os tratamentos mais graves, duradouros e caros<sup>5</sup>.

O segundo subsistema era o contratado, formado pela rede de serviços privados, cujos estabelecimentos eram credenciados pelo INPS para atender pacientes segurados. Formados por casas de saúde e hospitais, correspondiam a mais de 80% dos estabelecimentos e eram remunerados na base de Unidades de Serviço (US) – tabela de preços por ato médico que define o montante de US por tratamento e cujos valores variavam segundo a complexidade e a densidade tecnológica do ato médico. Essa forma de pagamento revelou-se um fator incontornável de corrupção e de estímulo à produção de serviços hospitalares como forma de ampliar o faturamento, por meio da multiplicação e do desdobramento de atos médicos e da preferência por intervenções mais caras. Em razão da dificuldade de controle, essa forma de pagamento, aliada ao superfaturamento, foi um fator que colocou em risco o sistema financeiro da Previdência, levando a modificações posteriores, apesar da defesa intransigente da US pelos prestadores privados de serviços, seus principais beneficiários.

A maior parte das internações realizadas era financiada pela Previdência Social, a maioria delas (mais de 90% durante toda a década de 1970) sendo comprada aos hospitais privados<sup>6</sup>. Apenas cerca de 16% do total de internações realizadas na segunda metade da década era feito em hospitais públicos<sup>5</sup>. No período 1969-1975, os serviços hospitalares comprados de terceiros representavam, em média, cerca de 90% da despesa geral do INPS. No mesmo período, verificou-se o crescimento da contratação de consultas ambulatoriais e dos serviços de complementação diagnóstica, justificado pela incorporação de alta tecnologia à assistência ambulatorial que passa a se articular ao hospital, que se torna a grande porta de entrada do sistema de assistência à saúde. No final da década de 1970, o setor privado já realizava mais de 50% das consultas ambulatoriais, embora a rede ambulatorial fosse predominantemente própria<sup>2-6</sup>.

A partir dos anos 1980, em função de alterações na política, descritas à frente, a participação do setor privado nas internações financiadas pelo setor público será declinante, embora mantendo-se elevada. Em 1987, correspondia a 80,3% das internações, mesmo ano em que pela primeira vez o gasto do Inamps com a rede privada foi inferior a 50% das suas despesas totais<sup>12,13</sup>.

Um instrumento importante para concretizar essa política foi o financiamento público a hospitais privados por intermédio do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), criado pela Lei 6.168, de 9/12/1974, para executar a política do Conselho de Desenvolvimento Social como instrumento de apoio financeiro a programas e projetos de caráter social nas áreas de saúde, saneamento, educação, trabalho, previdência e assistência social. Embora o dispositivo legal reservava ao setor privado no máximo 30% dos recursos do FAS, no setor de saúde e previdência, em 1977, esse limite não foi obedecido, e apenas 20,5% dos financiamentos foram para o setor público, contrastando com a área da educação na qual a proporção foi de 88%<sup>6</sup>.

Essa diferença é um indicativo da perspectiva privatizante que caracterizou a expansão da assistência médica no Brasil, além de mostrar a capacidade de ação política dos atores favorecidos pela opção governamental, particularmente a pressão da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) – 73% das propostas de financiamento referiam-se a leitos hospitalares, predominantemente privados<sup>6</sup>. Esses empréstimos a juros baixos deram impulso à remodelação e ampliação dos hospitais da rede privada no eixo Rio-São

Paulo. Correlatamente, eram intensas as pressões contra a expansão do setor hospitalar estatal, considerada como algo “estatizante”, argumento que contou com o apoio de outros setores, em uma conjuntura caracterizada por forte movimento antiestatização.

Outra forma de articulação da Previdência Social com o setor privado (terceiro subsetor) ocorreu mediante o estabelecimento de convênios com empresas pelos quais, mediante um subsídio, a empresa passava a arcar com a responsabilidade pela atenção médica a seus empregados, desobrigando o INPS da prestação direta de tais serviços. No processo de desburocratização e modernização das grandes empresas, cresceu a prática de comprar serviços de outras empresas especializadas, que se reproduziu também com a assistência médica mediante a contratação de empresas médicas, remuneradas pelo sistema de pré-pagamento, recebendo um valor fixo por trabalhador assegurado. Nesse caso, estabelecia-se um acordo triangular entre INPS/empresa empregadora/empresa médica, sendo que o INPS reembolsava à empresa cerca de 5% do maior salário mínimo regional por trabalhador coberto na empresa que montava um serviço de saúde próprio, independentemente da utilização de serviços – o que incentivava a realização de menor número de procedimentos.

Embora os primeiros convênios tripartites tenham surgido no âmbito do IAPI com a Volkswagen em 1964, essa forma de organização dos serviços de saúde em moldes empresariais só adquire dimensões significativas a partir de 1968, no âmbito do recém-criado INPS, que incorporou a prática de convênios, favorecendo a expansão da medicina de grupo. Essa expansão era restrita aos locais de concentração das grandes empresas empregadoras; nos anos 1970, mais de 70% dos grupos médicos e de seus beneficiários estavam localizados na cidade de São Paulo<sup>9-13</sup>. A própria legislação favorecia a seletividade ao exigir das empresas “porte e organização administrativa” para a celebração do convênio com o INPS.

A política de convênios INPS/empresa teve diversas consequências para a conformação institucional da assistência à saúde e consolidação da assistência prestada pelas empresas aos seus empregados: i) os convênios tripartites possibilitaram o crescimento da assistência médica sob controle da empresa, com parte dos custos assumida pela Previdência Social, fortalecendo uma prática médica voltada para ações que interessavam prioritariamente à produtividade; ii) além

de financiar parcialmente, a Previdência arcava com parcelas crescentes das atividades médicas mais raras, complexas e de longa duração aos empregados cobertos pelos convênios, pulverizando os recursos do INPS e promovendo o esvaziamento progressivo dos seus serviços prestados diretamente<sup>6-13</sup>; iii) o incentivo financeiro via convênios reforçou a prática das empresas de assumirem a assistência de seus empregados, de tal forma que, independentemente do subsídio governamental, vai se expandir, na maioria das vezes pela contratação de grupos médicos, ocupando espaço maior do que a própria assistência do Poder Público no âmbito das grandes empresas no eixo Sul/Sudeste; essa prática será o pilar do desenvolvimento da assistência suplementar, deixando de ser complementar à assistência pública, ou seja: os convênios bilaterais sem a participação do INPS vão constituir um mercado crescente de saúde que levará a um desenvolvimento autônomo de planos de saúde empresariais.

Essa opção de política pública mostra as suas contradições. Ao mesmo tempo que amplia a cobertura da assistência médica, favorece a seletividade ao subsidiar práticas empresariais restritas às grandes empresas, além de reforçar a vinculação da assistência à saúde à relação contratual de trabalho na contramão da uniformização pretendida com a unificação dos IAPs e em direção contrária à universalização.

Várias formas de desigualdades entre diferentes estratos dos trabalhadores se introduziram nessa forma de assistência médica. Em geral, os convênios eram estabelecidos com empresas de grande porte, com mão-de-obra mais especializada e salários superiores. Também os grupos médicos tendem a se concentrar nas regiões mais industrializadas e urbanizadas. Como o subsídio previsto no convênio com o INPS não era suficiente para cobrir os gastos, ao mesmo tempo que exigia a cobertura de todos os empregados, não interessava a todas as empresas, particularmente as de pequeno e médio porte, e muitas preferiam os convênios sem a intermediação do INPS e alguns desses cobriam apenas uma parcela dos trabalhadores, em geral os de maior qualificação. Daí que durante as décadas de 1960 e 1970 a diferenciação de serviços não se daria mais entre categorias profissionais, mas entre qualificações profissionais<sup>14</sup>. Incentivadas inicialmente e legitimadas pela iniciativa pública dos convênios, a partir daí se desenvolveram formas eminentemente privadas de assistência diversificadas. As diferentes formas de diferenciação vão recriar demandas particularistas vinculadas ao contrato de

trabalho e não à categoria profissional, ocorrendo uma segmentação da clientela dentro da Previdência Social, expressa na diferenciação quanto ao tipo e à qualidade dos serviços oferecidos.

Apenas a partir dos anos 1980, a assistência privada irá se desenvolver fora do âmbito das empresas empregadoras por intermédio dos planos de saúde contratados individualmente. Similares no caráter privado, esse tipo de plano será de natureza diferente ao engendrar relações tipicamente de consumo entre o beneficiário e a operadora que o comercializa; sua expansão se dará entre os estratos de maior renda e vai substituir, em parte, a prática liberal que prevalecia até os anos 1970. Esse comportamento foi incentivado pela política tributária, mediante o mecanismo de dedução fiscal, e facilitado pelas estratégias agressivas de comercialização de planos privados em um mercado, até o final da década de 1990, sem qualquer regulamentação governamental. De forma similar, também o custeio da assistência no âmbito das empresas foi indiretamente assumido, pelo menos em parte, pelo governo e pela sociedade em geral, na medida em que passou a ser computado como despesa operacional, não integrando o rendimento tributável e sendo repassado aos preços dos produtos ou serviços produzidos.

A institucionalização desses mecanismos levou à constituição de uma estrutura complexa e diversificada. Correlatamente, foram se constituindo atores e interesses também diversificados, no âmbito tanto do setor público quanto do privado. Este último se fracionava segundo interesses particularizados, sendo os principais os relativos aos prestadores de serviço representados principalmente pela Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), e pela Associação Médica Brasileira (AMB); as empresas médicas, representadas pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge); e o setor conveniado<sup>3</sup>.

### **Crise: novos mecanismos institucionais e propostas alternativas**

Apesar de o período ser caracterizado pelo predomínio de ideias privatizantes no âmbito da burocracia previdenciária, altamente penetrada pelos interesses dos setores privados, a crítica ao modelo assistencial era também expressiva. Parte da burocracia defendia o fortalecimento do setor próprio e a criação de mecanismos mais eficientes de controle do setor privado, com base na crítica aos fatores indutores de corrupção e de suas consequências negativas sobre o equilíbrio financeiro da Previdência Social<sup>7</sup>.

Duas propostas de novos mecanismos institucionais são ilustrativas do conflito de ideias em uma conjuntura já caracterizada como de crise. A primeira, expressão dos interesses dos provedores privados, foi o Plano Nacional de Saúde (1968)<sup>3,6,7</sup>. Embora atribuísse ao Poder Público a atenção à saúde, o plano determinava que as atividades de assistência médica deveriam ser de natureza primordialmente privada, sem prejuízo do estímulo, da coordenação e do custeio parcial do Poder Público, prevendo, inclusive, o arrendamento dos hospitais governamentais para a iniciativa privada. Ao implicar sensível redução da participação direta do governo na produção de serviços, o plano era defensor da prática médica liberal, propondo o regime de livre escolha do médico e compra direta de serviços em um mercado livre, com financiamento apenas parcial com recursos públicos previdenciários, ficando o restante a cargo do cliente. O plano encontrou várias resistências, por parte tanto dos técnicos da Previdência, quanto dos críticos da medicina liberal e foi implantado apenas experimentalmente em algumas localidades.

A segunda proposta, expressão da oposição à forma privatizada da assistência pública foi a Portaria nº 48 do INPS, de 1972, que aponta a tentativa de alterar a política assistencial, mas que não obteve efeitos concretos. Entre outras definições, estabelecia uma hierarquização das modalidades de serviços, privilegiando aqueles próprios da Previdência e quando exauridas as suas possibilidades, o estabelecimento de convênios com estados e municípios. Apenas em última hipótese, previa contratos e convênios com organizações privadas. Como expressão dessa proposta, foram tomadas providências para ampliar a capacidade hospitalar própria mediante inaugurações e reativações de hospitais<sup>13</sup>, que, entretanto, não foram suficientes para alterar o padrão vigente.

A expansão da contratação de serviços privados foi se mostrando economicamente inviável, em razão dos altos custos do regime de pagamento e da ausência de controle sobre as unidades contratadas. Em meados da década de 1970, a corrupção atingiu níveis que ameaçavam o equilíbrio financeiro e a crise atinge seu ponto máximo em 1977, quando os hospitais credenciados, em razão do não-pagamento pelo INPS das contas hospitalares, ameaçaram entrar em greve e recusar atendimento aos segurados<sup>9</sup>. A situação de crise, amplamente debatida na imprensa, foi seguida de tentativas de reformas<sup>6</sup>.

Uma primeira foi a ampliação de convênios com sindicatos, universidades, prefeituras e go-

vernos estaduais, com objetivo de aumentar a cobertura com custos mais reduzidos e frear a expansão do credenciamento da rede privada. Para corrigir distorções criadas pelo foco na hospitalização e pelo pagamento por US, esses serviços conveniados eram pagos de forma global. Embora não tenham alcançado a importância dos outros componentes do “complexo previdenciário”, vão apresentar modelos institucionais alternativos, alguns dos quais se desenvolverão na década seguinte.

Apesar de minoritários, provocavam reação da AMB e da FBH, contrárias ao privilegiamento do setor público e ao pagamento por diária global. No caso dos convênios com os hospitais de ensino, os interesses dos prestadores privados demonstraram um importante poder de veto, conseguindo paralisar o ritmo de integração dos hospitais universitários à Previdência Social, de forma que em 1978 apenas 25 das 75 escolas firmaram o convênio<sup>15</sup>.

Nos convênios com sindicatos, a lógica governamental não era tanto a redução de custos, mas política. O governo militar buscou deslocar o centro das preocupações dos sindicatos para a prestação dos serviços, com o estímulo do Programa de Valorização da Ação Sindical, do Ministério do Trabalho (1970), facilitando aos sindicatos a abertura de ambulatorios médicos, com direito de assinarem convênio com o INPS<sup>9</sup>. Apesar de ampliação, esses convênios mantiveram-se bastante reduzidos em termos relativos<sup>16,17</sup>: 13,46% em 1977, frente 83,23% dos convênios com empresas<sup>9-18</sup>.

Em 1979, os convênios com empresas são extintos, embora a assistência empresarial não deixasse de receber outros incentivos governamentais, sendo o principal, a partir de 1974, a isenção fiscal dos gastos com saúde. Um instrumento normalizador da assistência médica previdenciária de grande impacto foi o Plano de Pronto Ação (PPA), em 1974: conjunto de medidas criadas para disciplinar e organizar o funcionamento dos diferentes setores do complexo previdenciário e, ao mesmo tempo, criar condições para atender à necessidade de expansão de cobertura articulando todos os serviços, públicos e privados. O Plano reforçou o modelo de expansão da assistência por meio do setor privado por meio de vários mecanismos:

i) universalização do atendimento nos casos de emergência, independentemente da condição de segurado da Previdência Social; e que foi entendido aos prestadores privados, constituindo-se como mais uma possibilidade de fraude, pela realização de atendimentos não-emergenciais;

ii) para facilitar a incorporação das camadas médias aos serviços médicos da Previdência, foi facultado a opção por instalações especiais nos hospitais particulares contratados, com a complementação de valores paga pelo próprio cliente ao hospital, e teve como consequência a tendência de os hospitais manterem uma reserva de leitos para as “instalações especiais”, com consequente falta de leitos comuns para os segurados que não arcassem com os custos adicionais<sup>13</sup>;

iii) veto à ampliação da rede própria hospitalar e destinação à essa rede a prestação de assistência de alta especialização;

iv) normalização de uma assistência fundamentada no regime de livre escolha, típico do mercado;

v) previsão da prestação de serviços por intermédio de cooperativas médicas – forma alternativa de organização empresarial de serviços médicos que emergiu de um movimento de oposição das entidades médicas à medicina de grupo e em plena expansão no período e que asseguravam a livre escolha de hospitais, clínicas e profissionais.

O resultado do PPA foi o crescimento do número de serviços na rede privada em detrimento dos realizados na rede própria: as internações aumentaram em 66% no período de 1974 a 1977; as consultas, em 157%; e os serviços de complementação diagnóstica, em 119%<sup>6</sup>. O Plano expressa a direção da política de saúde no sentido da universalização da cobertura, alicerçada na compra de serviços privados e com restrição dos serviços estatais às áreas de menor interesse empresarial: ambulatorios para atenção primária e hospitais de maior complexidade tecnológica e maior custo.

Em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), que operou uma divisão técnica do trabalho entre diversos organismos, criados ou incorporados à Previdência. Entre eles, o Inamps, aglutinou a assistência médica concedida por todos os órgãos previdenciários e incorporou a sua receita. A expansão da assistência médica não foi acompanhada da ampliação das fontes de financiamento, aprofundando a crise configurada desde a década anterior. Oficialmente, a crise da Previdência foi creditada ao desenvolvimento da assistência médica; para os analistas, ao modelo de privilegiamento do produtor privado de serviços – de alto custo e difícil controle –, além de fatores externos como a queda dos salários reais e a redução do crescimento do emprego, desacelerando a receita de contribuições em um quadro de recessão; e internos como o aumento das sonegações e a diminuição das transferências da União<sup>6</sup>.

O agravamento da crise financeira na década de 1980 marcará um momento de inflexão, com o surgimento de propostas de políticas alternativas. Mais ou tão importante que a crise financeira da Previdência e a incapacidade de sustentação desse modelo é a coincidência da crise com o processo de democratização do país, que coloca em cena outros atores políticos, portadores de novas propostas, “quebrando o monopólio dos anéis burocráticos previdenciários na definição e implementação das políticas de saúde”<sup>19</sup>(p.28).

É nesse contexto que vai se mostrar a possibilidade de alterar a configuração do modelo médico-assistencial privatista, no âmbito, contudo, dos constrangimentos apresentados por essa complexa estrutura institucional. Uma ampla reforma do sistema de saúde vai ser consagrada na nova constituição democrática, como resultado de um amplo movimento social, no bojo de um processo de transição democrática que enfatizava não apenas a retomada do Estado de direito, mas também a ampliação dos direitos de cidadania com a incorporação de direitos sociais, entre eles a saúde. Ao mesmo tempo, o movimento pela reforma sanitária na década de 1980 coincide com grande expansão da assistência privada por meio de diferentes formatos institucionais.

#### **As consequências do modelo assistencial desenvolvido no governo militar para a reforma sanitária e o SUS**

A mudança institucional definida na constituição e materializada na criação do SUS, embora seja uma ruptura institucional ao alterar os princípios que norteavam a política anterior, vai significar também continuidades, particularmente a convivência de formas públicas e privadas de assistência em função dos efeitos institucionais e políticos das políticas anteriores. Ente esses destacam-se:

i) Os diversos interesses que se constituem e se organizam ao longo das décadas de 1960 a 1980 conseguiram concentrar recursos políticos que lhes permitiram obter influência nos processos decisórios subsequentes, como no processo constituinte, que teve como resultado a conformação na nova constituição de um sistema de saúde híbrido e segmentado que tanto garante a universalidade do acesso à assistência pública, quanto preserva a liberdade do mercado.

ii) Ao se constituir de forma segmentada, o formato institucional da assistência não favoreceu a consolidação de uma proposta de cidadania inclusiva e igualitária, como idealizada nos princípios da reforma consagrada constitucionalmente, que encontrou baixo apoio daqueles favorecidos por planos de saúde.

iii) As políticas prévias tiveram efeitos sobre a capacidade governamental de implementar a reforma; para permitir o acesso universal e integral, seria imprescindível ao SUS dispor de uma rede de atendimento ampla, própria ou regulada estatalmente. O veto à expansão da rede pública, associado à opção pela compra de serviços, levou a uma dependência da rede privada; essa opção não fora acompanhada do desenvolvimento da capacidade reguladora do governo, fortemente penetrado pelos interesses dos prestadores privados; esse legado político e estrutural colocou limites para a ampliação rápida do atendimento e para a eliminação das barreiras ao acesso no processo de implantação do SUS, tendo a regulação do setor privado encontrado fortes resistências dos prestadores.

Mas apesar desses limites, o SUS foi se implantando e constituindo outras institucionalidades, outros atores, outros defensores, que remodelaram a arena política da saúde. O direito à saúde universal se efetivou e o processo de inovação segue seu curso, mesmo sem romper completamente com o legado dos governos autoritários.

## Referências

1. Menicucci TMG. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007, 2011.
2. Braga JCS, Paula SG. *Saúde e Previdência: estudos de política social*. São Paulo: Cebes, Hucitec; 1981.
3. Luz MT. *As Instituições Médicas no Brasil: instituições e estratégia de hegemonia*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1986.
4. Bahia L. *Oferta e Produção de Serviços de Saúde no Brasil na Década de 80: um estudo exploratório* (dissertação). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1991.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS). Edições de 1976-1995*. Rio de Janeiro: IBGE; 1976-1995.
6. Oliveira JA, Teixeira SMF. *(Im)Previdência Social*. Petrópolis: Vozes, Abrasco; 1986.
7. Donnangelo MCF. *Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira; 1975.
8. Fessel E. Assistência hospitalar própria e contratada do Instituto Nacional de Previdência Social. *Rev Paulista Hospitais* 1977; 25:1.
9. Possas CA. *Saúde e Trabalho: a crise da Previdência Social*. Rio de Janeiro: Graal; 1981.
10. Silva FR, Mahar D. *Saúde e Previdência Social: uma análise econômica*. Rio de Janeiro: Ipea, Inpes; 1974.
11. Cardoso FH. *O Modelo Político Brasileiro*. São Paulo, Rio de Janeiro: Difel; 1979.
12. Médici AC. *O setor privado prestador de serviços de saúde no Brasil: dimensão, estrutura e funcionamento. Relatórios Técnicos, 2/90*. Brasília: IBGE, Ence; 1990.
13. Melo CG. A medicina previdenciária. In: Guimarães R, organizador. *Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Rio de Janeiro: Graal; 1984.
14. Giffoni RM. *Assistência Médica e as Relações de Trabalho na Empresa: o modelo de convênio com a Previdência Social* (dissertação). São Paulo: Universidade de São Paulo; 1991.
15. Escorel S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.
16. Cordeiro HA. *As Empresas Médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Graal; 1984.
17. Bahia L. *Planos e Seguros Saúde: padrões e mudanças das relações entre o público e o privado no Brasil* (tese). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1999.
18. Aguiar N. Modalidades assistenciais do Inamps. *Rev Admin Publica* 1979; 13(4):117-135.
19. Mendes EV. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção do projeto neoliberal. In: Mendes EV, organizador *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 1993.

---

Artigo apresentado em 23/01/2024

Aprovado em 12/02/2024

Versão final apresentada em 14/02/2024

---

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva