

DOCUMENTOS

A REORIENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO ÂMBITO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL — PRIMEIRO ANO*

ALOYSIO DE SALLES FONSECA**

1. *Introdução*; 2. *A formulação do Plano do Conasp*; 3. *A implantação do Plano do Conasp*; 4. *Estratégias de reordenação*; 5. *Estratégias de reorientação*; 6. *Resultados*; 7. *Perspectivas*.

1. *Introdução*

O trabalho que hoje apresento a esta digna Comissão Parlamentar de Inquérito tem como objetivos principais avaliar, para o Congresso Nacional, o quadro geral de assistência médico-social previdenciária; esclarecer, à nação, o estágio atual do Plano do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp); prestar contas, ao poder público, de um ano de administração como presidente do Inamps.

Apesar de todos os tipos de críticas e acusações sobre a previdência social, em geral, e sobre o Inamps, em particular, é preciso reconhecer, acima de tudo, conforme assinalou o Ministro Hélio Beltrão, em recente pronunciamento na Escola Superior de Guerra, que “a previdência social representa o enorme esforço que a sociedade brasileira tem feito ao longo dos anos para construir esse poderoso instrumento de estabilidade e paz social. A previdência social é uma conquista do povo brasileiro, é patrimônio do trabalhador, algo quase sagrado, que precisa ser respeitado e preservado”.¹

Decidi não fazer desta apresentação um estudo formal sobre a assistência médica da previdência social, por vários motivos. Primeiro, porque vivemos, no Inamps, um momento peculiar de mudanças que nos dá o privilégio de participar de algo em transformação, e ainda em construção. Depois, porque a história da previdência social em nosso país já é sobejamente conhecida em suas conquistas e momentos altos, assim como nos seus percalços e dificuldades. Além disso, a própria proposta de superação dos problemas que vêm comprometendo a política e a prática da instituição, elaborada pelo Conasp, também pouco traz de novo, exceto a firme decisão de mudar, de corrigir, de corresponder ao desafio.

Assim, não pretendo estender-me na apresentação de quadros e tabelas que podem ser consultados, sempre que necessário, nas publicações mais recentes da previdência, em especial o próprio Plano do Conasp, amplamente difundido.

* Documento apresentado pelo Prof. Aloysio de Salles Fonseca à Comissão Parlamentar de Inquérito do Senado sobre a Previdência Social (setembro/outubro de 1983).

** Presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social (Inamps).

¹ Beltrão, Hélio. *Política nacional de previdência e assistência social*. Rio de Janeiro, MPAS, set. 1983. 32 p. mimeogr.

Penso que o momento que vivemos hoje, na previdência social, não comporta mais titubeios ou polêmicas pouco práticas, originadas, até mesmo, por divergências no tratamento de alguns dados oficiais. As tendências que conformam o atual modelo de assistência médica previdenciária são sobejamente conhecidas e não há porque gastar mais tempo em demonstrá-las para uma audiência de tão alto nível, versada, plenamente, nos meandros da previdência social brasileira, em especial na assistência médico-hospitalar.

Entretanto, nada mais oportuno e necessário que a homogeneização de alguns conceitos em debate neste processo de reorientação, assim como a tentativa de esclarecimento sobre várias questões que são objeto da conjectura de todos os envolvidos nesta imensa tarefa, em especial os prestadores de serviços. Espero que as colocações que vier a fazer possam, em alguma medida, contribuir para o alcance do objetivo maior do atual Plano de Reorientação da Assistência à Saúde Previdenciária do Conasp, que é a melhoria da assistência à saúde da população brasileira, dentro da orientação do governo do Presidente João Figueiredo.

2. *A formulação do Plano do Conasp*

São de todos conhecidas as dimensões e as implicações da tão alardeada crise da previdência social, nos últimos anos. Não há como negá-la, como também não há como deixar de acatar a verdade de que seria impossível compatibilizar o modelo assistencial vigente, esbanjador e de baixa produtividade, com as exigências econômicas e sociais da sociedade brasileira que, justamente, reivindica uma melhor assistência para as suas necessidades de saúde. Foi a esta tarefa, de propor um modelo assistencial adequado às condições e necessidades nacionais, que se aplicou o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), órgão representativo, criado em 2 de setembro de 1981 pelo presidente da República, para assessorar o Ministério da Previdência e Assistência Social no equacionamento da sua política de assistência médica.²

O Conselho, que tenho a honra de presidir, é constituído de 14 membros, a saber:³

- representante do Ministério da Previdência e Assistência Social;
- representante do Ministério da Saúde;
- representante do Ministério do Trabalho;
- representante do Ministério da Educação e Cultura;
- representante do Ministério da Fazenda;
- representante da Secretaria de Planejamento da Presidência da República;
- representante do Ministério Extraordinário para a Desburocratização;
- representante da Confederação Nacional da Indústria;
- representante da Confederação Nacional do Comércio;
- representante da Confederação Nacional da Agricultura;

² Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social*. 2. ed. Brasília, 1982. 42 p.

³ Brasil. Leis, decretos etc. Decreto n.º 86.329, de 2 de dezembro de 1981. *Diário Oficial*, Brasília, 3 de set. 1981, seção 1, p. 16.637-8. Institui o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp).

- representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores;
- representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Indústria;
- representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura;
- representante do Conselho Federal de Medicina.

Analisando o quadro assistencial então vigente, o Conselho chegou a corajosas e contundentes conclusões que, em resumo, demonstraram a existência de: serviços inadequados à realidade de saúde da população; insuficiente integração programática interinstitucional, inclusive com os serviços de saúde das Forças Armadas; recursos financeiros nem sempre suficientes, ao lado de freqüente inobservância da programação orçamentária prevista; grande subutilização e certo grau de desprestígio dos serviços próprios e públicos, em geral; em certos casos, superprodução (real e contábil) de serviços contratados como forma de compensar valores de remuneração considerados aviltados; má distribuição e uso excessivo de alta tecnologia; paralelismo de ações e duplicidade de gastos, pela insuficiência ou falta de controle das modalidades assistenciais em prática.

Como conseqüências mais importantes destas distorções, foram apontadas pelo Conasp as seguintes: prejuízo à qualidade assistencial em geral; injustiça na distribuição da assistência (padrões desiguais para diferentes grupos populacionais); redução da cobertura assistencial à população, ocasionando demanda reprimida, com filas e outros efeitos; prejuízo à imagem do Inamps perante a opinião pública, especialmente em face dos cortes de serviços para conter gastos; dificuldades no relacionamento da previdência social com prestadores de serviços conveniados e contratados; desequilíbrio e imprevisibilidade financeira a tal ponto que se tornava impossível adequada programação e o indispensável controle nos gastos.

Através do Plano de Reorientação de Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, aprovado pelo Sr. Ministro da Previdência e Assistência Social, em agosto de 1982, o Conasp propôs, então, a substituição gradual do modelo vigente, com vistas a se alcançar uma melhoria da qualidade assistencial e uma razoável previsibilidade orçamentária, através da implantação de um sistema de prestação de serviços de saúde racional, baseado em alguns princípios fundamentais, quais sejam:

- responsabilidade intransferível do setor público quanto ao planejamento e controle do sistema, assim como papel prioritário na sua execução;
- participação complementar do setor privado prestador de serviços de saúde;
- adequação da estrutura de serviços à estrutura de necessidades da população, dando-se ênfase ao desenvolvimento das ações primárias de saúde, tão importantes que, para evitar confusões, devem ser melhor chamadas de ações primordiais de saúde;
- predileção pelas modalidades assistenciais com melhores relações custo/benefício e viabilidade de previsão orçamentária.

A estratégia para alcançar esta racionalidade foi sintetizada em poucas, mas categóricas diretrizes:

- integração interinstitucional básica para a própria integração das ações de saúde;
- regionalização e hierarquização dos serviços, em uma rede única;

- descentralização do processo de planejamento e administração aos níveis mais próximos da execução;
- participação dos vários segmentos sociais na proposição e controle das ações empreendidas;
- universalização e equalização da assistência a toda a população, rural e urbana;
- gradualidade, necessária a todo processo de mudança efetivo.

Conquanto seja difícil contestar o conjunto e cada um desses grandes princípios e diretrizes — dada a sua lógica —, a sua aplicação, na prática, vem suscitando um certo número de controvérsias, ansiedades, temores e dúvidas entre os militantes do setor que, sem ter a pretensão de esgotá-las, procurarão ser esclarecidas, a seguir.

3. *A implantação do Plano do Conasp*

Convidado, em agosto de 1982, pelo Ministro Hélio Beltrão, para assumir a presidência do Inamps, recebi esta honrosa incumbência com a determinação ministerial de que se implantasse no país o Plano do Conasp, que de Sua Excelência merecera aprovação, orientação e incentivo. Desde então, o Inamps vem-se empenhando na implantação desse Plano, tendo sido tomadas, no período, algumas medidas de caráter profundo.⁴

O Plano foi decomposto em três grandes grupos de programas que, conforme a sua linha estratégica, poderiam ser assim classificados:

- *programas de reordenação* do modelo vigente, que exigiriam ações basicamente intrainstitucionais;
- *programas de reorientação*, inovadores, voltados para o modelo pretendido pelo Conasp, que necessitariam de amplas articulações interinstitucionais;
- *programas de aperfeiçoamento* de alguns processos de integração já iniciados no setor público.

Ao todo, foram organizados 33 projetos, todos de alguma forma comprometidos com a racionalização do atendimento ambulatorial e hospitalar e com a integração com os governos federais, estaduais e municipais. É preciso deixar claro, entretanto, que as medidas postas em execução não visam primordialmente a reduzir os custos ou a extensão da assistência médica. Procuram, acima de tudo, o melhor atendimento dos usuários, através da racionalização na prestação desses serviços e da eliminação de procedimentos desnecessários.

⁴ Brasil. Leis, decretos etc. Portaria MPAS n.º 3.063, de 23 de agosto de 1982. *Diário Oficial*, Brasília, 25 ago. 1982, seção 2, p. 15.829. Aprova o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social.

Brasil. Leis, decretos etc. Decreto n.º 77.336, de 25 de março de 1976. *Diário Oficial*, Brasília, 24 ago. 1982, seção 2, p. 7.315. Designa o Dr. Aloysio de Salles Fonseca para exercer a função de confiança, código LT-DAS-101.5, de presidente do Inamps.

Brasil. Leis, decretos etc. Portaria Inamps/PR n.º 841, de 26 de outubro de 1982. BS/DG/Inamps n.º 206, de 1.º de novembro de 1982. Faz designação.

A implantação está sendo feita de modo gradual, porque todas as mudanças previstas são profundas e esbarram não só na natural resistência a qualquer mudança, como também na oposição daqueles que, de alguma forma, vinham sendo beneficiados pelas distorções existentes. Acresce, ainda, a circunstância de que, nos primeiros seis meses de nossa administração, no Inamps, tivemos que compor as ações institucionais dentro da moldura do quadro político eleitoral do país, com as eleições gerais realizadas em novembro de 1982 e os governos estaduais sendo empossados, e organizados os respectivos secretariados em março de 1983. Obviamente, as Ações Integradas de Saúde sofreram o retardamento correspondente.

Contudo, transcorrido um ano de gestão administrativa, serão relatados os estágios de desenvolvimento dos programas e projetos considerados mais importantes.

4. *Estratégias de reordenação*

4.1 Controle e racionalização de serviços e gastos

Algumas medidas administrativas firmes tiveram que ser determinadas nos três primeiros meses que se seguiram à posse, tendo em vista que se aproximava o fim do exercício de 1982.

A primeira delas foi a indicação de novos dirigentes e superintendentes, afinados com a nova política da instituição, tornando possível uma efetiva descentralização técnico-administrativa e a identificação de soluções próprias e mais adequadas à realidade de cada superintendência.⁵

A partir das superintendências, foram levantados os recursos institucionais, assistenciais e orçamentários de que se poderia dispor e foram definidas as principais necessidades, de acordo com os parâmetros de planejamento assistencial recomendados pela Portaria Ministerial nº 3.046/82. Os estudos desceram a nível de municípios e revelaram um excesso de 70 mil leitos contratados pelo Inamps no país. Impunha-se, assim, como medida disciplinadora, a Resolução Inamps nº 26/82, baixada em 27 de outubro de 1982, a qual condicionou a utilização dos leitos privados àqueles realmente contratados pelo Inamps. Apesar do impacto gerado à época de sua aplicação, a prática demonstrou o acerto da medida, tanto do ponto de vista assistencial, quanto orçamentário, sem que se registrasse qualquer dos inconvenientes para o atendimento da população previdenciária, tão alardeados, na ocasião.⁶

⁵ Brasil. Leis, decretos etc. Portaria de 12 de novembro de 1982. BS/DG/Inamps n.º 226, de 1.º de dezembro de 1982. Faz designações.

Brasil. Leis, decretos etc. Portaria Inamps/PR n.º 751, de 2 de setembro de 1982. *Diário Oficial* 169, Brasília, 3 de set. 1982. Designa servidor para função de confiança.

Brasil. Leis, decretos etc. Portaria Inamps/PR n.º 749, de 2 de setembro de 1982. *Diário Oficial* 169, Brasília, 3 de set. 1982. Designa servidor para função de confiança.

Brasil. Leis, decretos etc. Portaria Inamps/PR n.º 747, de 2 de setembro de 1982. *Diário Oficial* 169, Brasília, 3 set. 1982. Nomeia para cargo em comissão.

⁶ Brasil. Leis, decretos etc. Resolução Inamps n.º 26, de 27 de outubro de 1982. Estabelece limites para internações em hospitais contratados e para o atendimento de urgência.

Por outro lado, o planejamento das metas assistenciais de 1983 foi feito à luz do que determinava a Portaria nº 3.046/82, ou seja, aplicando, estado a estado, os parâmetros e índices de cobertura de acordo com a sua população previdenciária e distribuindo-se as mesmas pelos prestadores de serviços, segundo as prioridades estabelecidas pelo Plano do Conasp. Não foi, no entanto, uma posição rígida, permitindo a elaboração de um cronograma para a correção das distorções.⁷

A programação, assim elaborada, aumentou as cotas assistenciais destinadas aos serviços próprios governamentais e conveniados, única forma de melhorar a relação custo/benefício dessas entidades, que trazem para o orçamento do Inamps uma despesa fixa.

Já na área contratada, na medida em que a despesa é variável — resultado do produto das cotas assistenciais pelo custo dos serviços —, a programação assistencial disciplinou o uso das cotas e a programação orçamentária fixou tetos de despesas para as diversas superintendências.

Os resultados obtidos só podem ser interpretados corretamente após a análise da implantação de todos os programas do Conasp e serão apresentados mais adiante. Cabe, no entanto, neste momento, deixar consignado que as curvas de acompanhamento da produção de serviços e de gastos indicam que o controle está sendo efetivo e traduzem respostas favoráveis às medidas adotadas.

A maioria das superintendências vem conseguindo executar as metas assistenciais, contendo-se dentro das respectivas parcelas de orçamento. Há mesmo a assinalar o caso de São Paulo: historicamente incontrolável nos seus gastos assistenciais, recentemente devolveu à unidade central cerca de Cr\$ 10 bilhões.

4.2 Sistema de informações

Era evidente que a execução do Plano do Conasp estaria extremamente dependente da informática, sem a qual não se poderia acompanhar a implantação e sustentar um processo decisório coerente. Assim, de imediato, foi designado, em conjunto com a Dataprev, grupo de trabalho que concluiu ser necessário o desenvolvimento urgente de um sistema de informações gerenciais para o Inamps, capaz de fornecer insumos mais fidedignos, agilizar o acesso à informação e descentralizar o processamento. Foram desenvolvidos, no período, os módulos seguintes:

1. Cadastros. Substituem o preenchimento do Boletim de Recursos Disponíveis, que é incompleto, assistemático e pouco fidedigno. É composto de três cadastros básicos: hospitais, pessoas jurídicas, pessoas físicas. Os respectivos Manuais de Instrução estão em fase de montagem e o sistema deverá ser implantado a partir de outubro de 1983.

2. Acidente de Trabalho. Esta modalidade de atendimento contribui com mais de 10% de todas as despesas do Inamps e não tem ainda sistema de informa-

⁷ Brasil. Leis, decretos etc. Portaria MPAS n.º 3.406, de 20 de julho de 1983. *Diário Oficial, Brasília*, 26 jul. 1982, seção 2, p. 6.356. Reorientação global dos serviços de assistência médica.

ções que permita acompanhamento, avaliação e controle. O projeto de automação foi desenvolvido com a Dataprev, a Equipe de Acidente do Trabalho da Secretaria de Medicina Social e o INPS. Está em fase final de validação e teste e deverá, também, ser implantado a partir de outubro de 1983.

3. Hospitais universitários. A automação de contas de hospitais universitários é um passo fundamental para o conhecimento do perfil deste diferenciado tipo de prestação de serviços e conseqüentemente trará o aprimoramento das relações com o MEC. Teve sua última validação em agosto e sua implantação deverá ocorrer ainda neste semestre.

4. Ambulatórios contratados. Depois das contas hospitalares é o maior componente de despesas do Inamps, sendo, ainda, processado manualmente. O enorme volume de contas torna impraticável o controle nos moldes atuais. Encontra-se em fase de detalhamento e validação e estará pronto para ser implantado no Brasil, a partir de janeiro de 1984.

5. Hospitais próprios. A aplicação do componente gerencial do novo sistema de contas aos hospitais próprios e governamentais permitirá acompanhamento, avaliação e formação de arquivos nosológicos, atualmente inexistentes. A adaptação do documento básico do sistema (AIH) já está em aplicação, a partir de 1º de setembro, no Rio de Janeiro, Espírito Santo, Santa Catarina, Pernambuco, Bahia, Minas Gerais e deverá vigorar, em todo o país, até 1º de dezembro de 1983.

6. Postos de Assistência Médica (PAM). Os PAM são responsáveis por 20% dos atendimentos ambulatoriais realizados no Brasil e carecem de sistemas automatizados que permitam adequado acompanhamento de sua produção. Os sistemas, que já estão programados, serão implantados nos PAM do Rio de Janeiro a partir de outubro do corrente ano e serão estendidos a todo o Brasil a partir de janeiro de 1984.

7. Metas físicas. O estabelecimento das metas anuais de atendimento, processo fundamental para o planejamento assistencial e orçamentário do Inamps, foi automatizado, através da constituição de banco de dados, alimentado com parâmetros assistenciais, dados de população, codificação de municípios, agências bancárias e órgãos próprios. Em 1984, todo o planejamento de metas físicas poderá ser efetuado, automaticamente, município a município, por teleprocessamento.

4.3 Racionalização ambulatorial

Na elaboração de programas concretos de implantação do Plano do Conasp, pareceu estrategicamente prioritária a implantação do Programa de Racionalização de Cuidados Ambulatoriais, a partir de grandes centros, nos quais as condições locais permitiam que se previsse o sucesso mais rápido da medida.⁸

O sistema institui, ao redor dos hospitais e PAM do Inamps, uma rede de

⁸ Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Instituto de Assistência Médica da Previdência Social. *Estratégia de implementação do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social*. 1982. mimeogr.

atendimento médico ambulatorial de primeira linha, setorizada e articulada, que serve de porta de entrada no sistema de assistência médica. Os ambulatórios contam com médicos de formação geral, isto é: clínicos, gineco-obstetras, pediatras e um ou outro especialista, de acordo com as peculiaridades regionais. O beneficiário só recorre a clínicas ou serviços outros para consultas especializadas, por indicação do ambulatório de primeira linha, após verificada a sua necessidade. O mesmo acontece com as internações hospitalares indicadas. Resolve-se, assim, a nível ambulatorial, cerca de 80% dos casos. Só os restantes 20% são encaminhados aos tipos de atendimentos mais complexos e onerosos. Ademais, o sistema de atendimento permite vincular cada beneficiário a determinado médico, ambulatório ou centro de saúde. A medida — não-obrigatória para o cliente — além de recuperar a relação médico-paciente, contribui para reduzir sensivelmente a necessidade de serviços complementares e os problemas gerados com a marcação de consultas.⁹

O Programa de Racionalização Ambulatorial está implantado nas cidades de Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Goiânia, Curitiba e Florianópolis, devendo abranger as demais capitais até o final do ano. Os resultados imediatos são surpreendentemente satisfatórios até para os maiores opositores da proposta. As filas desapareceram rapidamente e o atendimento médico de primeira linha à população beneficiária é assegurado com todas as vantagens preconizadas. Houve melhoria da resolutividade das consultas e economia nas despesas ambulatoriais, embora se registre diminuição significativa do número de exames complementares requisitados e de consultas desnecessárias na segunda linha de atendimento. A descentralização administrativa e a efetiva gerência das unidades ambulatoriais representam importante subproduto do Programa.

4.4 Reforço da rede própria e governamental

Com relação aos níveis secundário e terciário de atendimento médico, ou seja, aqueles que exigem internação dos pacientes, a medida prioritária adotada foi a melhoria e a expansão do atendimento dos órgãos próprios e do governo, envolvidos no Plano do Conasp.

Frente à necessidade de assegurar plena utilização dos recursos já existentes, uma vez que é notório que nossa instituição, como, de resto, todas as instituições públicas do gênero trabalham em regime de subutilização, nossos hospitais foram estimulados a aumentar sua produtividade, através de mecanismos indiretos, ao alcance do Inamps.

Alguns dos próprios, que há muito se encontravam esquecidos, foram ativados. No Rio de Janeiro citam-se: Hospital de Nova Iguaçu (280 médicos); Centro Previdenciário de Niterói (14 médicos); PAM-Del Castilho (260 médicos); Maternidade Alexander Fleming (64 médicos); PAM-Irajá (72 médicos); Emergência do Hospital de Bonsucesso (32 médicos); Emergência do Hospital do Andaraí (50 médicos).¹⁰

⁹ Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. *Manual de médicos credenciados*. 1983.

¹⁰ Brasil. Leis, decretos etc. Portaria MPAS n.º 3.153, de 25 de abril de 1983. *Diário Oficial* 79, Brasília, 27 abr. 1983, seção 1, p. 6.810. Dispõe sobre a elaboração, aprovação e execução dos Planos de Reformas e Adaptações em Imóveis.

Em São Paulo ativaram-se o Hospital Ypiranga (266 médicos) e o Centro de diagnóstico de Traçados no Setor de Cardiologia do Hospital Heliópolis. Providencia-se, ainda este ano, a implantação do PAM-Cachoeirinha, em Manaus e prevê-se o funcionamento do Hospital Materno-Infantil de São Luís, em 1984.

Inauguraram-se novos serviços, de tal sorte que a nossa possibilidade de absorção de clientela em hospitais cresceu razoavelmente. Dentre estes, merecem destaque especial, os seguintes:

— Serviço de Cirurgia Córdio-Vascular do HSE que, por suas instalações e corpo clínico, já se equipara aos melhores centros do mundo e que está absorvendo enorme demanda de pacientes habitualmente transferidos para São Paulo ou para o exterior;

— Programa Integrado de Medicina Nuclear (PIMN) que, em regime de co-gestão com o Inca, vem atendendo a toda a demanda de exames de medicina nuclear da rede previdenciária do Rio de Janeiro;

— Programa de Reorientação do Diagnóstico por Imagem (ultra-sonografia, radiografia, tomografia computadorizada etc.), que já permitiu estabelecer a primeira grande unidade computadorizada no HSE-Inamps.

Quanto à aquisição de equipamento e material permanente, já foram atendidos 346 Postos de Assistência Médica e 15 hospitais, sendo que existe a previsão de atender ainda, até o final do ano, mais oito PAM e sete hospitais. Por outro lado, foi a iniciativa do Inamps que deu origem à Portaria MPAS nº 3.153/83, que devolve à instituição o controle da execução das obras de manutenção de prédios e instalações. Em função disto, estão sendo revistas as programações de cada superintendência regional, com o objetivo de adequar as obras às prioridades do Conasp. A previsão de gastos foi de Cr\$ 12 bilhões e já foram liberados cerca de Cr\$ 4 bilhões. Em que pese à reconhecida e incontestável necessidade de substituir, em grande parte, as viaturas de representação e de serviços, a compra de veículos restringiu-se, apenas, a 740 ambulâncias, visando, assim, a meta prioritária de melhorar o atendimento ao usuário.

O estímulo à rede própria apresentou, de imediato, como grande dificuldade, os problemas de pessoal que, na medida do possível, estão sendo sanados. Fator de estrangulamento dos mais críticos era a falta de pessoal de saúde sobretudo de enfermagem e serviços auxiliares, embora também houvesse, em muitas circunstâncias, claros no corpo médico. Daí, a necessidade de novas admissões, medida que só pôde ser posta em prática, a partir de junho de 1983, quando da obtenção da excepcionalidade assegurada pelo despacho presidencial. Em consequência, a partir de agosto, iniciou-se a admissão do remanescente de candidatos habilitados em concursos públicos nos estados de São Paulo, Santa Catarina, Goiás, Pará, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, sendo dada prioridade à contratação de médicos nas especialidades básicas integrantes do atendimento de primeira linha. O quantitativo de admissões nos mencionados estados envolverá 1.430 médicos e 1.529 das categorias funcionais técnicas e de apoio à área de saúde.

Foram, também, abertas inscrições para concurso público nas capitais dos estados da Bahia, Ceará, Paraíba, Goiás, Maranhão e Pernambuco, ofertando-se, no total, 2.980 vagas para profissões de saúde, exceto a médica.

A realização destes concursos visa atender à evasão de servidores das categorias funcionais da área de saúde (básica e enfermagem) por aposentadorias,

exonerações, dispensas, e o déficit criado na base da pirâmide por força da aplicação de ascensão funcional, que provocou a paralisação de funcionamento de clínicas e consultórios em nossos próprios. Permitirá ainda a implantação mais rápida do Plano do Conasp, aumentando a eficiência institucional de hospitais e PAM, com a abertura de novos turnos de consulta e o aumento do número de atos médico-cirúrgicos executados em nossos próprios.

No mês de julho de 1983 constaram da folha de pagamento deste Instituto 155.844 pessoas, entre servidores, ativos e inativos, e pensionistas. Serão incluídos na folha do Inamps, a partir de janeiro de 1984, os pagamentos dos seguintes benefícios previdenciários, devidos a seus servidores e dependentes: auxílios-doença, aposentadoria e pensão. Pelo sistema Fopag, idealizado pelo Banco do Brasil, será creditado na folha de pagamento do mês de outubro de 1983 o valor do abono/rendimento a que fazem jus os 56.320 servidores do Inamps inscritos no Pasep. Estão sendo atualizados os atos normativos referentes a direitos e vantagens do servidor, em face de conclusão para publicação: a) gratificação de raios X; b) adicionais de insalubridade e de periculosidade; c) autorização de viagens e concessão de diárias. Um novo Manual de Procedimentos Disciplinares para a uniformização dos inquéritos e sindicâncias aplicáveis aos servidores encontra-se em fase de elaboração. Foram finalizados os trabalhos administrativos para beneficiar, com o instituto da progressão funcional, 44.447 servidores.

O aperfeiçoamento de redes ambulatoriais e hospitalares, integrando os nossos estabelecimentos com os do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação e Cultura e dos governos estaduais e municipais, representa o passo definitivo na implantação do Plano do Conasp. Com essa série de recursos estou seguro de que este Instituto, gradual e rapidamente, passará a assumir o papel de promotor e orientador de ações de saúde, dentro do espírito de atenção primária, ao qual estamos inteiramente incorporados.¹¹

4.5 Novo sistema de contas

Das despesas do Inamps, cerca de 50% correspondem à assistência hospitalar, que está sendo realizada, neste ano, da seguinte maneira: 65% em hospitais da rede privada; 15% em hospitais universitários, governamentais (Ministério da Saúde, estaduais e municipais) e beneficentes, patronais e de sindicatos; 20% em hospitais próprios do Instituto. Não é preciso buscar outro argumento para justificar a prioridade que foi conferida a essa questão, desde o início da implantação do Plano do Conasp.¹²

Pelo sistema de pagamento tradicional, o valor dessas despesas só era conhecido por ocasião da apresentação da *conta*, que relaciona cada item, desde as diárias, os serviços profissionais, até os medicamentos e o material utilizado, *sob a forma de Unidades de Serviço (US)*. Tal sistema, de difícil administração,

¹¹ Brasil. Leis, decretos etc. Resolução Ciplan n.º 15, de 23 de junho de 1983. BS/DG/Inamps n.º 136, de 20 de julho de 1983. Elevação do orçamento do MPAS para o Inamps no custeio do Programa Nacional de Tuberculose.

¹² Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Instituto Nacional de Previdência Social. *Sistema Nacional de Controle e Pagamento de Contas Hospitalares 1976*. 98 p.

não permite qualquer previsão razoável de gastos e induz, por natureza, à superprodução de serviços, real e contábil.

Tendo em vista a necessidade inadiável de sanear-se, de um lado, possíveis caminhos por onde passaram e prosperaram enganos, distorções, inconveniências e até mesmo fraudes e, de outro, a possibilidade de manter a nível *satisfatório e correto* a remuneração de serviços hospitalares, deu-se início, dentro do que estabelece o Plano do Conasp, à implantação do *novo sistema de contas*. Este sistema — denominado *Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS)* — *substitui a filosofia de reembolso das despesas já realizadas pelo hospital na prestação da assistência, pela filosofia de remuneração fixa por procedimento. Nele fixa-se um valor médio de pagamento para cada procedimento médico, no qual já estão incluídos e determinados os respectivos valores dos serviços hospitalares, profissionais e complementares. O sistema reconhece ainda situações especiais pagando, além do valor médio, os seguintes itens: órteses; próteses; oxigenadores; vacina anti-RH; terapia intensiva; permanência a maior; quimioterápicos; alimentação parenteral; contrastes radiológicos. Além disso, diferencia os hospitais observando critérios de estrutura, pessoal e desempenho assistencial, admitindo acréscimo de até 20% no faturamento, conforme a classificação obtida, e estabelece avaliação de qualidade assistencial através de institucionalização obrigatória de atividades de auditoria médica.*

Originário do convênio universitário, utilizado há anos, o pagamento por procedimento é uma experiência completamente aprovada por todos os envolvidos na sua aplicação, com reais benefícios para o comportamento ético das próprias classes profissionais envolvidas. Esta é, também, a experiência norte-americana e canadense. O sistema representa uma forma intermediária entre o plano de pagamento por porte, por procedimento, dos hospitais universitários, e o pagamento através da multiplicação de US, vigente para todas as outras instituições. Na verdade, o SAMHPS é mais um sistema de gerência e até de melhoria hospitalar, do que um sistema de simples remuneração de serviços realizados. Além de ensejar uma melhor previsibilidade orçamentária — pela fixação antecipada do custo total de cada procedimento — *o sistema preconizado tem, principalmente sob o ponto de vista assistencial, as vantagens seguintes:* transforma a atual auditoria de contas hospitalares em auditoria de serviços médicos, promovendo, assim, melhoria da qualidade; paga hospitais, médicos e serviços complementares de forma mais justa, pois leva em consideração atos médicos, efetivamente necessários e realizados, e o desempenho hospitalar; induz à melhoria da administração hospitalar, pois premia a eficiência da organização; estimula a atividade ambulatorial pela necessidade que traz de hospitalizar pacientes no momento oportuno; atende à justa reivindicação da classe médica, que há anos pleiteia pagamento direto de suas remunerações, sem a intermediação ou interferência dos hospitais nesse processo.

Entretanto, antes de permitir a implantação do sistema em todo o país, a direção geral do Inamps preocupou-se em analisar exaustivamente todos os aspectos da aplicação do novo sistema de contas no Paraná, estado que já vinha sendo utilizado experimentalmente desde 1981.¹³

¹³ Brasil. Leis, decretos etc. Resolução Inamps n.º 4, de 18 de maio de 1983. Dispõe sobre a implantação do Sistema de Assistência Médica Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) em todo o território nacional.

Em primeiro lugar estudaram-se *questões associadas à extensão e qualidade da assistência hospitalar*.

A remuneração baseada em valor fixo por procedimento poderia, em princípio, afetar de duas formas antagônicas a prática assistencial. Na primeira, segundo propugnadores do SAMHPS, a nova forma de remuneração induziria a maior consciência de qualidade por parte dos hospitais, uma vez que assistência de melhor qualidade, com menor incidência de complicações, se traduziria em maior lucratividade dos hospitais. Na outra, segundo críticos do SAMHPS, a implantação do plano forçaria os hospitais a reduzir o volume de recursos utilizados na assistência, já que menos despesas se traduziriam também em maior lucratividade.

O problema foi analisado a partir de diversos conjuntos distintos de dados, tais como: número total de internações, distribuição das internações segundo linhas assistenciais, estatísticas de mortalidade hospitalar e tempo médio de internação. Os principais resultados encontrados podem ser resumidos da maneira seguinte:

- a) a implantação do SAMHPS conduziu a uma redução substancial do número de internações (cerca de 20%);
- b) o fato de que o número de óbitos não sofreu alteração em clínica obstétrica e clínica cirúrgica indica que a redução do número de internações não afetou os casos de real necessidade nessa área;
- c) observou-se uma redução do número de óbitos registrados em clínica médica. Esta redução pode ter resultado tanto da existência de casos de real necessidade de internação que não receberam assistência, como da eliminação de óbitos de natureza iatrogênica, associados a internações desnecessárias. Embora existam indicações que tornam a hipótese de iatrogênese mais plausível, os dados utilizados no estudo não permitem ainda qualquer afirmação mais conclusiva a respeito dessa questão;
- d) a se julgar pela taxa de intercorrências obstétricas, a implantação do SAMHPS trouxe uma melhora substancial da qualidade assistencial;
- e) comparando os tempos de internação antes e depois da redução do número de internações, observou-se um aumento consistente dos tempos médios de internação. Este aumento pode ser interpretado como evidência de que a redução do número de internações resultou da eliminação de internações desnecessárias de curta permanência. Além disso, o aumento do tempo médio de internação contraria a expectativa pessimista de que os hospitais procurariam aumentar sua lucratividade pela redução indiscriminada dos recursos utilizados na assistência.

Em segundo lugar, *os efeitos financeiros da implantação do novo sistema* no Paraná foram analisados quase à exaustão pelo Inamps.

No início da implantação no Paraná, em 1981, adotou-se para o novo sistema, o valor médio de contas do país, o qual estava 40% acima do valor médio vigente à época, naquele estado. No entanto, o fato de ser fixo o pagamento para cada procedimento (admitindo-se apenas os reajustes periódicos) fez com que, gradativamente, se alterasse tal situação, de tal modo que o valor médio das contas pagas no Paraná está, presentemente, 30% abaixo da média no Brasil.

Com a finalidade de compreender melhor o fenômeno, realizou-se estudo comparativo entre a situação financeira *observada* no Paraná com a aplicação do novo sistema e a situação financeira *esperada* naquele estado, caso se esti-

vesse efetuando o pagamento pelo sistema tradicional de US. A comparação foi feita segundo três ângulos diferentes, que consideraram a evolução do número de contas, a evolução do valor médio das contas e a evolução da despesa total com contas hospitalares.

Considerando o número de contas hospitalares, observa-se que, excetuando dois meses da fase inicial de implantação do Plano, o número real estabiliza em torno de 80% do número esperado com US. Isto permite situar a redução do número de internações em torno de 20%. Esta redução não é resultado direto de algum mecanismo básico do Plano de Contas (SAMHPS). Em verdade, é um efeito indireto, que resulta do fato de o Plano permitir um controle mais efetivo sobre a propriedade das internações que são propostas, *elemento fundamental para a melhoria da qualidade da assistência médica*.

Considerando o valor médio das contas, observa-se que o mesmo se manteve consistentemente acima do valor esperado com US ao longo de todo o período de estudo. Isto mostra que *o Plano (SAMHPS) proporciona melhor remuneração aos prestadores* em termos de unidades de serviço produzido.

Considerando a despesa com as contas hospitalares, podem-se identificar fases distintas de sua evolução. Inicialmente tem-se uma fase em que a despesa realizada é superior à esperada com US. Esta fase reflete as dificuldades iniciais de implantação. Segue-se uma fase em que a despesa real cai para cerca de 80% da despesa esperada com US. Este comportamento reflete algumas distorções na Tabela de Procedimentos, corrigidas em janeiro de 1983. Desde então a despesa mostra uma tendência a se situar abaixo da despesa esperada com US. Esta tendência não é acentuada, uma vez que a despesa real atinge seu mínimo em 90% da esperada com US. O Novo Plano de Contas Paraná (SAMHPS) não afeta, assim, de forma indevida, o nível de remuneração dos hospitais contratados, feitas as correções mencionadas.

Em resumo, pode-se afirmar, portanto, que o valor médio da conta hospitalar paga no Paraná pelo novo sistema de contas está na verdade *acima* do valor médio da conta que deveria ser paga, caso se estivesse efetuando o pagamento por US. Tal discrepância é explicada pela manipulação de contas, possível de ser feita quando o pagamento é procedido por US.

Apesar de se pagar 10% melhor, por procedimento produzido, segundo o Novo Plano de Contas, do que se pagaria pelo sistema das US (se o mesmo tivesse controle fácil e mais eficiente), o fato de se reduzir significativamente as internações, graças a um controle mais efetivo sobre a propriedade das mesmas, faz com que o custo global de serviços hospitalares contratados esteja 10% *abaixo* do que se deveria pagar pelo sistema tradicional.

Demonstra-se, assim, que o Novo Plano de Contas baseado no pagamento de valor fixo por procedimento, ademais de assegurar uma melhoria da qualidade do serviço prestado, graças a uma auditoria médica eficiente — no sistema das US em vez de auditores há revisores de contas —, restaura o império da racionalidade na administração, vez que premia uma melhor postura e competência gerencial dos administradores da área hospitalar privada, assegurando, assim, a viabilidade dos hospitais da *rede contratada* como atividades empresariais.

O novo sistema de contas foi objeto de estudo e críticas de todos, inclusive das próprias autoridades do Inamps. A experiência foi analisada com isenção. Ela demonstrou a maior parte de acordos e evidenciou algumas correções indispensáveis. A crítica veemente, impiedosa em algumas circunstâncias, sobretudo da Fe-

deração Brasileira de Hospitais e de alguns sindicatos médicos envolvidos, foi ouvida com o respeito à verdade e com a inaceitação de provocações, que nada constroem e que devem ser esquecidas. A depuração e o aperfeiçoamento da experiência realizada com mais de 1 milhão de internações resultou na versão que está sendo generalizada para todo o país, neste semestre. No seu conteúdo já estão atendidas reivindicações e correções propostas por dirigentes de hospitais ou de agremiações médicas que conviveram com o sistema original. A diretoria da Federação Brasileira de Hospitais acaba de aprovar o SAMHPS e a correspondente nova minuta de contrato hospitalar, a ser subscrito por todos os contratos e o Inamps.

Para tornar mais fáceis e efetivas tanto a emissão de contas quanto a sua auditoria (questão de interesse tanto do Inamps quanto da direção de hospitais), os 2.400 procedimentos foram consolidados por grupos nosológicos equivalentes compondo-se uma tabela simplificada, com 250 títulos que cobrem 95% dos tipos de internações realizadas. Os valores médios de cada procedimento foram estipulados tomando-se por base os pagamentos efetuados pelo Inamps no sistema primitivo de US nos últimos cinco anos, com a correspondente atualização de valores e custos. Para a definição dos seus mecanismos internos e externos de relacionamento com os prestadores de serviços foi elaborada nova minuta de contrato-padrão que é, sem dúvida, melhor que a tradicional, pois atende aos interesses de ambas as partes conforme acordo estabelecido, após inúmeras reuniões conjuntas, entre representantes do Inamps e da Federação Brasileira de Hospitais. Nesse sentido, cabe assinalar que nela foi incluída cláusula de responsabilidade solidária, perante a qual administradores e proprietários de nosocômios passam a responder, *para todos os fins de direito*, pelas irregularidades que eventualmente aproveitarem aos hospitais que dirigem ou possuem. A mencionada cláusula é inovação marcante que poderá, no futuro próximo, constituir-se num significativo suporte da repressão aos ilícitos encontrados na esfera dos contratos onerosos, que têm por objetivo a prestação de serviços médico-hospitalares.

4.6 Sistema de controle e avaliação

As exigências de auditoria médica do novo sistema de contas produzem, como consequência imediata, reformulação substancial do sistema de controle e avaliação do Inamps. O sistema atual voltado para a auditoria de contas emprega cerca de 1.400 médicos ocupados com a revisão de contas.

O sistema que está sendo implantado, concomitante com o novo sistema de contas, constitui-se de um esquema hierarquizado de 450 auditores médicos, distribuídos por áreas e regiões, encarregados de avaliarem, sistematicamente, o desempenho assistencial e gerencial dos hospitais que lhes ficam adscritos, a partir dos relatórios de alarme emitidos pelo novo sistema de contas.

Cada nível de auditoria — central, regional ou local — tem o seu cronograma da supervisão claramente estabelecido e suas tarefas bem especificadas.

Os auditores, que, por autorização especial do Dasp, recebem gratificações correspondentes à função de fiscalização que desempenham, são escolhidos mediante prova de seleção e recebem treinamento específico.

Para permitir o trabalho dos auditores, foi desenvolvido projeto de definição de condutas clínicas e cirúrgicas para as afecções mais comuns que constam da

tabela de procedimentos. Grupos de especialistas e consultores, a convite da presidência do Inamps, elaboraram manuais de rotinas de condutas médicas nas áreas de clínica médica, cirurgia, pediatria, gineco-obstetrícia, cardiologia e psiquiatria, a serem aplicadas na rede de assistência médica da previdência social. O objetivo de cada rotina é estabelecer padrão mínimo da qualidade da assistência, em âmbito ambulatorial e hospitalar, e fornecer padrão de referência para a auditoria.

No momento, as condutas encontram-se em regime de validação por membros da Academia Nacional de Medicina.

4.7 Procedimentos de alto custo

Área reconhecidamente problemática em todos os sistemas de assistência médica do mundo, pois que nela estão em dilema permanente a ética médica e os custos de medicina, os procedimentos de alto custo foram regularizados pela primeira resolução do Conasp. O ato, portanto, determinou que os procedimentos de alto custo fossem dirigidos prioritariamente para hospitais próprios governamentais e universitários. A fim de dotar a rede pública de condições de resposta, foram selecionados, neste ano, 14 centros de excelência no país, dentre os quais 10 são hospitais universitários.

Um processo de estudo institucional determinou a resolução que implanta a co-gestão — integração do MEC, MPAS, MS, no sentido de facilitar a integração destes centros de excelência com o Inamps.¹⁴

A partir daí ampliaram-se e inauguraram-se novos serviços para os referidos procedimentos de alto custo.¹⁵

Houve então a integração do Inamps com o Inca e o HSE, pela qual o Inca, com a interveniência da Campanha Nacional de Combate ao Câncer, altera o perfil da atenção hospitalar após a instituição da co-gestão no Rio de Janeiro. Ela funciona como instituição de referência no subsistema da área do câncer, tendo por finalidade coordenar as atividades de tratamento das neoplasias malignas e doenças correlatas, formar recursos humanos em todos os níveis da área da saúde bem como testar normas técnicas e apresentar parecer sobre drogas antitumorais para comercialização. Mantém em atividade o centro de hemoterapia, convênios com o pró-sangue, com atividades de produção e distribuição de hemoderivados do Rio de Janeiro.¹⁶

O Inca mantém, desde janeiro de 1982, articulação com o Hospital dos Servidores do Estado na condução do Programa Integrado de Medicina Nuclear, Radioterapia e atividades afins, tendo alcançado resultados positivos, absorvendo a maior demanda do Rio de Janeiro nesse setor, produzindo 8.528.370 unidades

¹⁴ Brasil. Leis, decretos etc. Proposição Conasp n.º 1, de 14 de dezembro de 1981. BS/DG/Inamps n.º 25, de 8 de fevereiro de 1982.

¹⁵ Brasil. Leis, decretos etc. Portaria MPAS/SSM n.º 239, de 28 de julho de 1983. *Diário Oficial* 145, Brasília, 29 jul. 1983, seção 1, p. 13.511. Classificação dos hospitais que podem exercer as funções de centro de excelência.

¹⁶ Brasil. Leis, decretos etc. Portaria Inamps/Presidência n.º 1.016, de 8 de setembro de 1983. BS/DG/Inamps n.º 173, de 12 de setembro de 1983. Cria a Comissão Central de Hemoterapia.

de serviço, no exercício de 1982, o que significou um custo de Cr\$ 611.702.200 poupados ao setor público.

A expansão dos serviços qualitativa e quantitativamente, proporcionada por esta nova proposta administrativa à co-gestão Inca/CNCC/Inamps, mostrou:

- a) diminuição do tempo médio de permanência dos pacientes internados;
- b) aumento da taxa de ocupação de leitos de 70,8% em 1982 para 83,9% em 1983;
- c) aumento do número de internações hospitalares em 73%, se compararmos dados de 1979 a 1982;
- d) aumento do número de consultas ambulatoriais em 106%, de 1979 para 1982;
- e) crescimento da atividade do tratamento quimioterápico em regime de semi-internação (121% a mais em 1982 relativamente a 1979);
- f) aumento do número de aplicações de radioterapia (aumento de 147% de 1979 para 1982).

Expandiu-se a atenção médica proporcionada aos previdenciários, notando-se em 1979 que apenas 48,4% do pessoal atendido era previdenciário sendo que o aumento é de 82,6% em 1982.

Implantou em *junho* de 1983 o Centro Nacional de Transplante de Medula Óssea, que permitirá o tratamento de pacientes com um ônus bastante inferior ao dispêndio com o envio dos mesmos para o exterior. O custo deste tratamento no exterior atualmente está orçado em cerca de US\$ 30 mil, enquanto o preço médio, no Brasil encontra-se em torno de Cr\$ 7 milhões.¹⁷

O atendimento do paciente renal crônico terminal é feito atualmente em centros de diálise, vinculados ou não a hospitais. Nesses centros são tratados cerca de 6.200 doentes ao custo médio mensal de Cr\$ 987 mil (em setembro de 1983), por paciente, o que equivale a um custo total anual estimado em Cr\$ 81.311 bilhões, em setembro de 1983. O custo varia de acordo com a desvalorização do cruzeiro, posto que o material específico para hemodiálise é, em sua grande parte, importado. Estima-se, ainda, que um contingente de outros 6 mil pacientes renais crônicos exista no país sem diagnóstico e/ou sem tratamento.

Atualmente, apenas quatro estados da Federação — São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Sul — possuem orçamentos individuais maiores do que o Programa de Diálise para dar toda a cobertura de serviços de saúde aos seus beneficiários.

Para se ter idéia do volume de recursos envolvidos, poder-se-ia indicar que os gastos com o Programa de Diálise excedem o dispêndio total para cobrir toda a despesa médico-hospitalar de cinco estados do Nordeste juntos, a saber: Alagoas, Sergipe, Rio Grande do Norte, Piauí e Maranhão.

Por outro lado, há que indicar a necessidade de se atender a um maior número de beneficiários portadores de doença renal crônica, o que não seria

¹⁷ Brasil. Leis, decretos etc. Resolução Cipan n.º 12, de 14 de agosto de 1982. Autorização da criação do Centro Nacional de Transplante de Medula Óssea.

possível com os atuais custos. Foi para viabilizar o atendimento desses novos pacientes que o MPAS e o Inamps editaram portaria e ordem de serviço que, além de baixar os custos de serviços médicos e hospitalares de hemodiálise, propõe:

- a) vincular todo centro de diálise a um hospital capacitado a atender as possíveis urgências dos pacientes, inclusive aquelas geradas pelo próprio procedimento de diálise;
- b) vincular, no prazo de um ano, todos os centros de diálise a um Programa de Transplante Renal, de modo a encaminhar a solução do problema do paciente de forma definitiva e liberá-lo da dependência das sessões semanais de diálise;
- c) estimular o desenvolvimento, no país, da diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) que permite, ao próprio paciente, *quando indicado e sob supervisão médica*, realizar o seu tratamento dialítico, em condições ambulatoriais, ensejando que o mesmo, após o treinamento necessário, leve uma vida mais próxima do normal. Em tal tratamento, o paciente treinado introduz, por gravidade, na sua cavidade abdominal o líquido de perfusão, retirando-o, também, por gravidade, após cerca de seis a oito horas, período necessário à realização das trocas entre o sangue circulando no peritônio e o líquido de perfusão introduzido no abdome;¹⁸
- d) pensa-se em articular o Inamps com a Central de Medicamentos para que ela produza e forneça os insumos e os preparados que são utilizados nos banhos de hemodiálise e distribuir aos pacientes previdenciários.

Cabe, ainda, assinalar que as medidas recentemente tomadas com relação à hemodiálise em nada restringem o prosseguimento do tratamento dos pacientes atuais, nem limitam o acesso regular de novos doentes aos programas. Também não cancelam a cobertura da previdência para a hemodiálise, nem obrigam a realização indiscriminada de diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD). Esse tipo de tratamento, que vem sendo ampliado progressivamente no mundo, resultado do progresso científico de medicina, foi institucionalizado pelo Inamps, como mecanismo alternativo, atendendo a solicitação da Sociedade Brasileira de Nefrologia, através de seu próprio presidente e recomendações da mesma sociedade em seu último congresso nacional.

É preciso deixar claro que, ao lado de reduções de pagamentos e taxas, serviços e medicamentos, a portaria de hemodiálise também limitou a 50% os ganhos profissionais de um pequeno grupo de nefrologistas que, ainda assim, continuam sendo categoria de especialistas das mais bem pagas pela previdência social.

A reorientação com relação aos procedimentos de tratamento do paciente renal crônico recai, necessariamente, na questão dos transplantes, cujo equacionamento torna-se difícil pela falta de doadores vivos compatíveis. Anteprojeto de lei sobre a retirada de rins de pacientes com morte cerebral tramita atualmente no Congresso Nacional, aguardando solução. Tem o Inamps se manifestado reiteradamente a favor de documento legal, pelo qual se torne mais

¹⁸ Brasil. Leis, decretos etc. Portaria MPAS/SSM n.º 241, de 11 de agosto de 1983. *Diário Oficial* 157, Brasília, 16 de ago. 1983, seção I, p. 14.526-7. Reorientação dos procedimentos dialíticos usados nos tratamentos da insuficiência renal aguda e crônica.

fácil a obtenção de órgãos para transplantes, particularmente o renal. Enquanto isso, o Inamps realiza estudos que virão melhorar e apoiar o transplante de órgãos de doadores vivos.

A portaria do MPAS e a ordem de serviço do Inamps objetivam, assim, no seu conjunto, garantir e ampliar o tratamento do paciente renal crônico, assegurar a qualidade da supervisão médica, otimizar custos, estimular programas de transplante renal e criar alternativas de tratamento aos pacientes, cuja condição clínica permita este tipo de mudança.¹⁹

5. Estratégias de reorientação

5.1 Ações Integradas de Saúde

O Programa de Ações Integradas de Saúde consubstancia a proposta mais abrangente e transformadora contida no Plano. Confunde-se com o próprio Plano e constitui o seu arcabouço, uma vez que diz respeito à integração programática, a nível de unidade federada, entre os serviços públicos federais, estaduais e municipais, como base para as necessárias articulações com os serviços de saúde privados contratados pelo Inamps e com o setor de formação de recursos humanos.²⁰

Representa, na prática, uma mudança qualitativa na situação vigente, caracterizada até então por uma atividade da previdência social como mero agente financiador.

Nesse particular é importante salientar trechos lapidares de documento recentemente apresentado pelo Ministro Hélio Beltrão (*Política nacional de previdência e assistência social*):

“Hoje, o Inamps executa diretamente apenas cerca de 20% dos atendimentos médicos. Os 80% restantes são ‘comprados’ de terceiros. Com isto, o Inamps converteu-se, como dissemos, no maior, e em muitos casos, no único mercado comprador de serviços médicos no país (...)

É imperioso promover uma completa revisão nessa situação originada de circunstâncias puramente históricas e inteiramente destituída de racionalidade.

Essa revisão tem de abranger dois aspectos fundamentais: (...)

Quanto à proposta da alínea *b*, de *descentralização, regionalização e integração* dos serviços de saúde é igualmente urgente e imperiosa. A descentralização implica integrar a nível local o grosso dos atendimentos médicos, especialmente os que integram a rede primária de saúde. Não se concebe mais que, em cada localidade, os serviços de saúde federais, estaduais e municipais continuem a funcionar isoladamente, geralmente de forma insatisfatória e com grande capacidade ociosa. Esta duplicação, este paralelismo, além de inconveniente ao bom atendimento da população, é inconcebível em país que não pode se dar ao luxo de desperdiçar recursos.

¹⁹ Salles, Aloysio. *Sugestão para diminuição do custo da diálise*. 9 p. mimeogr.

²⁰ Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. *Programa de Ações Integradas de Saúde*. 14 p. mimeogr.

É certo que, para que os estados e municípios recuperem definitivamente a autoridade e responsabilidade pelos serviços de saúde a seu cargo, será necessária uma clara reestruturação de tarefas e recursos, a operar-se por via constitucional. Mas, enquanto isto não ocorre, nada impede que caminhemos na mesma direção através do uso de convênios.”²¹

O Programa hoje encontra condições propícias para sua implementação, especialmente pela superação da diretriz que originalmente pretendia uniformizar radicalmente os convênios a nível do país. A flexibilidade atual, preservando seus objetivos, princípios e diretrizes essenciais vem permitindo uma resposta mais ágil, de conformidade com os contextos econômicos, políticos e sanitários em cada estado e, acima de tudo, onde existe vontade política de implantá-lo.

A articulação para realização desses convênios sofreu, obviamente, as dificuldades correspondentes à conjuntura política. À frente do Inamps há cerca de 12 meses, os primeiros seis meses não puderam oferecer resultados provenientes da articulação com os governos estaduais e municipais, em face das circunstâncias pré e pós-eleitorais, como já tivemos oportunidade de indicar.

Mesmo assim, já foram assinados convênios de Ações Integradas com Santa Catarina, Ceará, Rondônia, Maranhão, Minas Gerais, Rio Grande do Norte e Piauí, havendo perspectiva de assinatura imediata para o Rio de Janeiro e São Paulo, cujos projetos estão concluídos. Nos outros estados os projetos estão em elaboração e os convênios deverão ser iniciados até janeiro de 1984.

Tendo como principal motivação a melhoria da atenção à saúde da população, o Programa de Ações Integradas de Saúde tem por objetivos principais: possibilitar o desenvolvimento do sistema estadual de saúde, a partir da articulação multiinstitucional e observadas as conjunturas específicas a nível de cada unidade federada, como recomenda a Lei nº 6.229/75, que instituiu o Sistema Nacional de Saúde; estender progressivamente a cobertura dos serviços de saúde com base em parâmetros tecnicamente aceitáveis e financeiramente viáveis; propiciar uma efetiva valorização do trabalho em saúde, através de estratégias adequadas para o desenvolvimento dos recursos humanos, assim como melhores condições de trabalho e de remuneração; desenvolver técnica e gerencialmente os serviços de saúde para capacitá-los a responder à demanda assistencial local com eficácia e eficiência; buscar a universalização progressiva do atendimento às populações urbana e rural, beneficiária ou não da previdência social; adequar a prática de ensino, pesquisa e assistência das instituições de ensino superior à realidade dos serviços regionais.²²

Para cumprir com seus objetivos, o Programa de Ações Integradas de Saúde deve atender os seguintes princípios e diretrizes: 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,

²¹ Beltrão, Hélio. Discurso proferido no auditório da presidência do Inamps, ao encerrar o Encontro Nacional dos Superintendentes Regionais e Coordenadores de Comunicação Social. 16 p. mimeogr.

²² Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Sistema Nacional de Saúde. Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde.

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, claramente definidas, 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.

A experiência obtida com os convênios que já se encontram em execução recomenda que, na estratégia de implantação desses programas, alguns aspectos sejam observados. O convênio deve envolver, além dos Ministérios da Previdência e Assistência Social e da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, o Ministério da Educação e Cultura e as instituições de ensino superior da área da saúde existentes na região. Os projetos regionais devem desde o início buscar a integração e a hierarquização dos níveis primário, secundário e terciário de assistência à saúde.

O mecanismo básico de gestão, comum a todos os Programas, deve estar representado por uma Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), a nível estadual, integrada, cujo núcleo básico é formado pelo secretário estadual de Saúde, superintendente regional do Inamps e representante do Ministério da Saúde. Outros integrantes, como representantes da universidade, da Secretaria Municipal de Saúde e outros, variam em função das características regionais. A decisão deve ser obtida por consenso.

Essa estrutura deve ter desdobramentos sub-regionais e locais, em função da necessidade e viabilidade, contemplando necessariamente a esse nível a participação comunitária, através de entidades representativas.

A filosofia proposta, de co-participação financeira das instituições envolvidas, leva a que o mecanismo mais adequado de financiamento do Programa seja o de definir o seu custo global e as parcelas que cabem a cada instituição. É o que se convencionou chamar participação no custeio.

Como pré-condição para a utilização desse mecanismo, deve ser feita uma apropriação de custos de funcionamento do Programa e definidos técnica e politicamente os percentuais com que cada instituição deve e/ou pode participar.

As dificuldades de ordem operacional e de tempo para cumprir essas exigências têm levado a outras alternativas, tidas sempre como provisórias, até que se possa passar para o sistema de participação de custeio.

Tais alternativas evitam a manutenção da simples relação de compra e venda de serviços, entre as instituições públicas e o Inamps. São elas a co-gestão, regulamentada pela Ciplan, e a remuneração por produção, baseada na Portaria MPAS/SSM nº 210/82, que é uma variante nos moldes do convênio universitário.²³

²³ Brasil. Leis, decretos etc. Portaria MPAS/SSM nº 210, de 26 de agosto de 1982. *Diário Oficial* 165, Brasília, 30 ago. 1982, seção 1, p. 16.135-7. Convênio para os órgãos governamentais e beneficentes incluídos no Projeto de Regionalização e Hierarquização dos Serviços de Saúde na área metropolitana de Niterói.

Embora cada um dos Programas já assinados ou em elaboração guarde muitas características distintas entre si, há algumas que se consideram condições mínimas indispensáveis para se iniciar a implementação do Programa em cada unidade federada, a saber:

- a) constituição de comissão multiinstitucional para elaboração de projeto a nível estadual, que será objeto do convênio, com assessoria da DG/MS/MEC;
- b) compromisso claro das instituições envolvidas, e em especial do governo do estado, em respaldar politicamente as demais medidas que serão tomadas pelo Inamps para a plena implantação do Plano do Conasp na unidade federada;
- c) compromisso das demais instituições em não retrain o seu orçamento relativo às atividades que são objeto do Programa, devendo assumir a responsabilidade de participação no custeio, de acordo com os índices acertados com cada estado e com o seu cronograma de implementação.

Deve-se destacar ainda que todos os Programas devem admitir um cronograma de absorção gradual da clientela, hoje atendida pelos vários convênios e contratos urbanos e rurais do Inamps, de forma a permitir a realocação de recursos, obedecendo-se a prioridade de ocupação da capacidade instalada do setor público. No entanto, no período inicial de implementação há um aumento de despesas com esses Programas que, no entanto, reverte logo na melhoria da qualidade assistencial e é absorvido gradualmente por uma maior resolutividade desse sistema com ulterior diminuição de internação, por exemplo.

Considerando que apenas se iniciam, os Programas já vigentes são passíveis de um aprimoramento, assim como os novos, em elaboração, já poderão ser mais integrais, desde a sua concepção original.

Como a totalidade dos Programas estará em seu pleno funcionamento apenas em 1984, esse será o ano crítico para o modelo, quando deverão ser envidados todos os esforços do nível federal no apoio técnico e acompanhamento dos mesmos.

Da mesma forma, as demais medidas reorientadoras do Inamps, especialmente quanto à rede hospitalar contratada, manifestarão seu impacto até o final do corrente ano, permitindo, a partir daí, uma articulação mais efetiva com os outros níveis, no Sistema Regionalizado e Hierarquizado.

A situação política do país, variável de estado para estado e até de município para município, tem oferecido oportunidade para lições, experiências, correções ou admoestações. Entretanto, parece que a orientação superior do governo do Presidente Figueiredo, tão bem expressa nos pronunciamentos do seu atual ministro da Previdência e Assistência Social, permite prever que, através do desenvolvimento desse Programa, encontraremos o denominador comum superiormente ditado pelos reais interesses da população brasileira carente da assistência médico-hospitalar.

5.2 Política de recursos humanos

Considerada outra pedra angular do Plano do Conasp, a política de recursos humanos tem sido objeto de cuidadosa atenção por parte do Inamps.

No intuito de agilizar soluções foi criado, em janeiro de 1983, por iniciativa dessa presidência, grupo de trabalho composto de técnicos de diversas entidades governamentais e de representantes dos órgãos de classe, destinado a “estudar e propor medidas referentes à política de pessoal no âmbito do Inamps, em caráter prioritário”.²⁴

Como seria de esperar, o grupo reconheceu que há significativa ociosidade e baixa produtividade dos serviços próprios. Entretanto, ressaltou que a correção dessa ociosidade não era suficiente para atender à demanda geral, nem assegurar, no geral, uma produção significativamente maior. Por isso fez várias outras recomendações em seu relatório, que oferece, com respeito a cada uma delas, sugestões do caminho a ser percorrido, não faltando a indicação quanto à implantação dos estágios de curto, médio e longo prazos.

Tampouco desconheceu o grupo de trabalho as dificuldades do país, que se refletirão naturalmente na fase de implantação, mas não impedem o início e desenvolvimento dos estudos necessários ao que foi proposto. A importância do estudo feito foi reconhecida pela Comissão de Planejamento e Desenvolvimento de Recursos Humanos, constituída por representantes da Organização Pan-Americana de Saúde, Ministério da Saúde etc., que solicitou integrar-se a um grupo de trabalho.

As principais sugestões podem ser assim resumidas: transformação do Inamps em autarquia especial; tempo integral e exercício de dois vínculos no âmbito da própria autarquia; compatibilização do Plano de Cargos e Salários entre as várias instituições governamentais da área de saúde; gratificação de interiorização; novos critérios de remuneração de serviços contratados; melhor aproveitamento dos odontólogos; gratificação especial para pessoal voltado para o atendimento; desenvolvimento de programas de educação continuada.

Em todas as suas etapas o Plano do Conasp contempla a revalorização do trabalho dos profissionais de saúde, inclusive dos médicos, como uma de suas diretrizes básicas.

No entanto, se bem consideramos necessário e urgente o aperfeiçoamento da política de pessoal, com sua devida valorização, isso deve ser feito criteriosamente e a partir dos limites da crise geral por que passa o país. As diversas associações e órgãos envolvidos estão sendo chamados a integrar um grupo de trabalho para buscarem soluções concretas para a situação. Trata-se, pois, de encontrar a fórmula justa, adequada e viável, para que a responsabilidade possa ser compartilhada.

Antecipando-se às propostas e reclamos de órgãos de classe, inúmeras foram as medidas postas em prática, ou em andamento, pelo MPAS e Inamps, visando melhorar as condições de remuneração.

A situação dos 90 mil médicos que prestam serviços em hospitais privados é atualmente de dois tipos: cerca de 40% dos médicos se vinculam ao Inamps por intermédio dos hospitais, recebendo destes sua remuneração; os 60% restantes têm um relacionamento sem vínculo empregatício com o hospital e recebem diretamente do Inamps, em sua conta bancária, o pagamento de seus ho-

²⁴ Brasil. Leis, decretos etc. Portaria Inamps/PR n.º 911, de 28 de janeiro de 1983. Constitui grupo de trabalho destinado a estudar e propor medidas referentes à política de pessoal no âmbito do Inamps.

norários. No primeiro caso, o hospital recebe do Inamps e repassa, sob a forma de salário, ou remuneração de serviços, a parte que corresponderia ao trabalho do médico. Com frequência os hospitais retêm frações do pagamento devido aos médicos ou o atrasam, o que dá motivo a queixas constantes. O Inamps já está admitindo a passagem, do primeiro para o segundo tipo de vínculo, dos médicos que o solicitam expressamente, de forma a evitar futuras questões trabalhistas contra o Inamps. Essa medida atende reclamo da classe médica e está sendo autorizada concomitantemente com a implantação do novo sistema de pagamento de contas por procedimentos, que prevê valor médio de custo de serviços profissionais em cada procedimento, e não remuneração por US.

A análise da distribuição de pagamento aos médicos que prestam serviços ao Inamps, em hospitais contratados, indica alta concentração desses pagamentos. Assim é que 5% e 20% dos médicos recebem, respectivamente, 35% e 50% do total pago pelo Inamps como honorários profissionais. Estudo realizado nesse sentido mostra, de forma clara, que a atual tabela de honorários reforça os procedimentos cirúrgicos, anestésicos, endoscópicos, hemodinâmicos, ou seja, procedimentos médicos que necessitam de equipamento e do ambiente hospitalar para sua execução. Os clínicos, pediatras e especialistas, quando atuam de modo desarmado, são penalizados por só receberem o custo de suas consultas, que era muito baixo. A necessidade de distribuir, mais eqüitativa e amplamente, o pagamento dos médicos e assegurar o ato clínico essencial ao bom atendimento do doente, recomendou, como de plena justiça, a elevação dos honorários referentes às consultas médicas do paciente hospitalizado. O preço das consultas foi por isso elevado de Cr\$ 640 para Cr\$ 1.040, ou seja, acrescido em 62% de seu valor unitário.

Ao se analisar o pagamento de contas ambulatoriais, observa-se, no entanto, que, para cada cruzeiro gasto em consulta, pagam-se em média Cr\$ 5 pelos serviços complementares indicados. Não é, pois, a consulta em si que onera significativamente as despesas, mas sim os chamados serviços auxiliares de diagnósticos e tratamento e, especialmente, o componente terapia (hemodiálise, fisioterapia, químico e radioterapia etc.). Por outro lado, o custo de uma consulta é fixo, enquanto o custo de uma terapia pode ser elástico, variando a participação de seus componentes (medicamentos, material e outros). Deste modo verificou-se que, entre 1982 e 1983, a despesa com consulta aumentou apenas 33%, enquanto a de radioterapia cresceu em 125%. Foi por isso, pois, que a Portaria nº 3.169/83 promoveu o aumento do valor da consulta, desvinculando-a do valor de US, dando-lhe um valor monetário específico, que poderia ser periodicamente reajustado, sem acarretar aumentos de custos em todo o sistema de pagamento do Inamps. Ao mesmo tempo estão sendo implantados parâmetros que disciplinam a solicitação de exames complementares de laboratório e radiologia, além de estabelecimento de normas menos flexíveis que orientem a solicitação e realização dos procedimentos de alto custo (Resolução nº 1 do Conasp).²⁵

Os estudos realizados mostraram ainda que o Inamps necessita contratar 8 mil médicos, 2.500 enfermeiros, 5.400 auxiliares de enfermagem e 6.200 auxi-

²⁵ Brasil. Leis, decretos etc. Portaria n.º 3.169, de 14 de junho de 1983. *Diário Oficial*, Brasília, 16 jun. 1983, seção 1. p. 10.528. Autorização de aumento de diárias hospitalares, atualização do valor dos exames de patologia clínica e elevação do valor da consulta médica.

liares operacionais de serviços diversos, para assegurar a utilização plena de sua capacidade instalada, atendendo, assim, à recomendação primordial do Plano do Conasp.

Nesse sentido, como foi dito anteriormente, o MPAS obteve autorização presidencial de excepcionalidade para admissão de pessoal, o que permitiu ao Sr. Ministro do MPAS baixar a Portaria nº 3.168, de 14 de junho de 1983, capacitando o Inamps a contratar pessoal médico e paramédico habilitado em concurso público, dando prioridade às áreas básicas de atendimento. O Inamps já está convocando aprovados em concurso, ainda válidos, e está providenciando a abertura de novos concursos públicos para preenchimento das lacunas verificadas.²⁶

Admitindo-se que o prazo necessário à efetivação das medidas citadas seja de alguns meses e que a contratação de pessoal correspondente ainda demore, estão sendo postas em prática, pelo Inamps, as seguintes medidas imediatas:

a) negociação com os médicos em regime de 30 horas — categoria em extinção desde 1977 — no sentido de que aceitem, como contraproposta ao que postulam, a transformação de um único vínculo empregatício de 30 horas semanais em dois vínculos de 20 horas semanais, no mesmo local de trabalho, pleiteada pelos médicos sem que haja diminuição da dedicação efetiva dos profissionais;

b) facilitação do tempo integral geográfico em instituições públicas, ou seja, permitir que médicos do Inamps trabalhem, sem prejuízo de seus salários, em outras instituições públicas, atendendo ambulatorialmente aos beneficiários. A recíproca terá que ser aceita por tais instituições. A medida, sem dúvida, aumenta a rentabilidade do trabalho médico, em geral.²⁷

Cabe aqui destacar que já foram concedidos, no corrente exercício, 116% de aumento no pagamento dos médicos credenciados que prestam serviços não-cirúrgicos, em clínica médica, especialidades clínicas, pediátricas e psiquiátricas. Este aumento se aplica tanto ao pagamento das consultas ambulatoriais quanto ao pagamento das visitas médicas hospitalares em clínica médica e especialidades clínicas pediatria e psiquiatria.

Quanto à remuneração das operações cirúrgicas, foi concedido aumento que varia em torno de 40%, que, somado ao reajuste de 33,33% concedido em janeiro, resulta num aumento global de 86% no corrente ano.

A razão para a diferença de percentuais de aumentos concedidos às áreas clínicas e cirúrgicas (116% e 86%, respectivamente) pode ser sintetizada no seguinte: as equipes de cirurgiões, de anestesistas, de especialistas em hemodiálise, de radiologistas e radioterapeutas, por exemplo, ganham muito mais do Inamps do que os clínicos pediatras e psiquiatras. Assim, confirma-se a assertiva dos dirigentes de associações médicas quando dizem que o atual sistema discrimina

²⁶ Brasil. Leis, decretos etc. Portaria nº 3.168, de 14 de junho de 1983. *Diário Oficial*, Brasília, 16 jun. 1983, seção 1, p. 10.528. Excepcionalidade para admissão de pessoal médico e paramédico nas localidades onde se realiza a implantação dos projetos de regionalização e hierarquização das ações de saúde.

²⁷ Brasil. Leis, decretos etc. Resolução Inamps nº 13, de 25 de julho de 1983. BS/DG/Inamps nº 144, de 1.º de agosto de 1983. Dispõe sobre o funcionamento e horário de trabalho nos órgãos do Inamps e dá outras providências.

os atos individuais médicos para valorizar aqueles atos dependentes de sofisticação instrumental ou hospitalar.

Outrossim, ao definirem-se os percentuais de aumento, seguem-se as recomendações do Plano do Conasp que prioriza o atendimento ambulatorial nas clínicas básicas (clínica médica, pediatria, obstetrícia e psiquiatria), política que foi devidamente referendada pelas autoridades de saúde do país e incluída como política oficial do governo, na mensagem presidencial ao Congresso.

Não têm, pois, qualquer fundamento as alegações de entidades de classe, com as quais o Inamps tem mantido repetidos contatos esclarecedores do assunto, de que o Inamps desconhece os problemas de remuneração médica e não tem proporcionado qualquer aumento aos serviços profissionais.²⁸

5.3 Assistência psiquiátrica

A gravidade do problema da doença mental, sob o ponto de vista médico-assistencial, foi objeto das preocupações do Conasp desde as suas primeiras reuniões. Para embasar as discussões, foram convocados técnicos do Inamps, representantes da comunidade acadêmica, outras instituições de serviço e associações profissionais e de prestadores de serviço. Apresentaram seus pontos de vista, retirando deste processo o consenso para um posicionamento firme e conseqüente sobre o problema. Nos últimos tempos, conforme diagnóstico da OMS, a doença mental foi, sem dúvida, dentre todas as enfermidades, a que teve maior incremento. Sua prevalência em nosso meio é estimada ao redor de 10%, na população geral. A abordagem dessa situação não tem sido objeto de uma política assistencial consistente. O modelo asilar e custodial ainda tem prevalecido apesar dos avanços ocorridos nas áreas de psicoterapia e da farmacologia. Todos são unânimes em afirmar o seu caráter iatrogênico, incapaz de contribuir para a superação do quadro nosológico. Pelo contrário, é agravador e perenizador da situação.

A dramaticidade de que se reveste a assistência psiquiátrica instou o Conasp a propor o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária, derivado do documento matriz do Conasp, que foi, também, aprovado por portaria ministerial, em dezembro de 1982.²⁹

O diagnóstico evidenciou que a assistência psiquiátrica da previdência serve de desaguadouro dos problemas sociais da população e como fim de linha das distorções do sistema de saúde. Assim, mais do que de normas bem elaboradas — já existentes —, qualquer proposta de reorientação obriga a trabalho de base com profissionais que prestam a assistência. Hoje, desestimulados, eles se limitam a cumprir ordens que, antes de tudo, visam a aumentar as estatísticas de atendimento. É necessário que se crie a consciência da importância das ações preventivas e que não se perca de vista que a qualificação da assistência mé-

²⁸ Brasil. Leis, decretos etc. Portaria MPAS/SSM n.º 247, de 30 de agosto de 1983. Alteração da classificação dos procedimentos radiológicos. *Diário Oficial*, Brasília, 1.º set. 1983., seção 1, p. 15.412-4.

²⁹ Brasil. Leis, decretos etc. Portaria MPAS n.º 3.108, de 21 de dezembro de 1982. *Diário Oficial* 241, Brasília, 22 dez. 1982, seção 1, p. 24.031. Aprovação do Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária.

dica em geral se efetive através de um sistema regionalizado e hierarquizado, que integre efetivamente as diversas instituições envolvidas com a saúde mental.

Definiram-se como prioritárias as medidas que favoreçam a qualificação e o disciplinamento da assistência hospitalar e da assistência ambulatorial, por serem as que, a curto prazo, poderão apresentar resultados concretos na modificação da assistência.

No que diz respeito à qualificação da assistência hospitalar, foram elaborados novos modelos de contrato para hospitais de até 120 leitos, de 121 a 240 leitos e acima de 240 leitos, com exigências progressivamente maiores, conforme o porte.

Quanto à assistência ambulatorial, o projeto em curso tem, como estratégia recomendada, a articulação precoce do atendimento psiquiátrico com os Programas de Ações Integradas e de Racionalização Ambulatorial, aproveitando a ampliação da rede básica e estimulando a interdisciplinaridade com a medicina geral.

Na cidade do Rio de Janeiro está sendo posto em prática, a partir de 1º de outubro próximo, o atendimento regionalizado das urgências e emergências psiquiátricas, tendo por vértice os diversos hospitais especializados do setor público, integrados em regime de co-gestão. Em Recife, plano equivalente foi recentemente deflagrado, com resultados, até o momento, estimulantes.

As ações do Inamps, juntamente com o Ministério da Saúde e alguns governos estaduais, permitem vislumbrar uma reformulação completa do panorama trágico, vigente até então, no tocante à assistência dos doentes mentais, contribuindo para o apagamento dessa nódoa inaceitável num país civilizado, ao lado de notável redução de gastos nessa área.

5.4 Assistência odontológica

No âmbito da previdência social, apesar de todo o avanço de conhecimento e do desenvolvimento tecnológico, a assistência odontológica sempre foi incipiente, quando comparada à assistência médica.

A cárie dental em dentes permanentes constitui o maior problema de saúde bucal da população brasileira, pois se apresenta com maior gravidade até os 20 anos de idade, quando passa gradativamente a ser substituída pela doença periodontal como causa de extrações de dentes e desconforto pessoal e absenteísmo ao trabalho e à escola.

Em síntese, cada brasileiro quando atinge a idade de 59 anos já perdeu 25 dentes permanentes e tendo como principal fator causante a falta de tratamento em tempo oportuno, ou seja, o atendimento ao grupo etário de seis a 12 anos de idade.

Buscando um modelo racional a partir da integração interinstitucional, a descentralização do processo decisório e administrativo, e a articulação programática regionalizada e hierarquizada dos serviços de saúde, montou-se o Programa de Reorientação da Assistência Odontológica³⁰ com o objetivo de:

³⁰ Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. *Programa de Reorientação da Assistência Odontológica*. Rio de Janeiro, 1983. 50 p.

- a) estender a cobertura dos serviços odontológicos básicos a toda a população;
- b) reduzir a incidência das doenças bucais de maior expressão epidemiológica, através da aplicação de métodos de massa e de atenção individual aos grupos prioritários;
- c) aumentar a produtividade do sistema, buscando uma melhor relação custo/benefícios.

Muito contribuía para a situação exposta a indefinição de diretrizes políticas, a inversão de prioridades quanto à utilização dos setores públicos e privados, motivada pela falta de entrosamento com as Secretarias de Saúde, de Educação, estaduais e municipais, assim como outros órgãos públicos ou instituições de ensino odontológico.

A falta de utilização de métodos preventivos, de pessoal auxiliar e de equipamento simplificado concorria grandemente para o atendimento inadequado da demanda.

Por outro lado, a falta de uma estrutura institucional no Inamps, capaz de planejar, coordenar e avaliar as ações da assistência odontológica torna inviável qualquer pretensão naquele sentido.

Para agilizar a implementação do Programa aprovado pelo Conasp, inicialmente programaram-se e vêm-se desenvolvendo reuniões regionais com autoridades de saúde, com a presença representativa dos órgãos federais, estaduais e municipais encarregados da prestação de serviços odontológicos, buscando entrosamento com os coordenadores regionais do Inamps.

Até a presente data já foram realizadas duas reuniões que contaram com a participação dos estados do Nordeste e Norte, devendo ter início no dia 26 a reunião dos estados do Centro-Oeste e na segunda quinzena de outubro realizar-se-á a última reunião com a participação dos estados do Sudeste brasileiro.

Atendendo às sugestões do Programa, o Inamps propôs a criação, na direção geral, do Departamento de Odontologia, com as respectivas projeções nas superintendências regionais, no que foi prontamente autorizado em caráter excepcional pelo Sr. Presidente da República, em agosto de 1983.³¹

5.5 Assistência farmacêutica

O Programa de Assistência Farmacêutica para a área previdenciária origina-se da Portaria MPAS nº 233. Com objetivo de levar medicamento gratuito aos beneficiários da previdência social, instituiu-se o Sistema Integrado Ceme/Inamps/Dataprev. A Ceme, com recursos, na sua maioria, oriundos do Inamps, adquire os medicamentos dos laboratórios oficiais e privados e os distribui aos almoxarifados regionais do Inamps, cabendo à Dataprev o controle de estoques.

Basicamente, dois aspectos devem ser considerados na caracterização do Programa de Assistência Farmacêutica, componente do sistema previdenciário nacional. O primeiro está diretamente associado à estrutura de produção de medi-

³¹ Brasil. Leis, decretos etc. Portaria n.º 3.163, de 16 de maio de 1983. *Diário Oficial*, Brasília, 21 de maio de 1983, seção 1, p. 9.238. Aprova a proposta de reorientação da assistência odontológica no âmbito da previdência social.

camentos e imunobiológicos. O segundo diz respeito à sistemática operacional e ao fluxo de distribuição de medicamentos até a população previdenciária, objeto do Programa que no momento conta com 21 Centrais Distribuidoras de Medicamentos (CDM), 658 Unidades de Assistência Farmacêutica próprias e 4.073 Unidades Conveniadas. Isto requer responsabilidade compartilhada e integração de atividades dos organismos diretamente envolvidos no Programa — a Central de Medicamentos, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social e a Dataprev.

No modelo atual de assistência farmacêutica na previdência social, as principais distorções e implicações observadas na aquisição, produção e distribuição de medicamentos foram deficiências no sistema de aquisições junto ao setor privado, refletindo-se na qualidade do produto final e no fluxo irregular das remessas de medicamentos; excessiva dependência externa no abastecimento de matérias-primas, implicando limitações tecnológicas e econômicas no processo de produção do sistema oficial e privado.

Quanto ao controle de qualidade, apesar da existência de mecanismos adequados de controle ao longo das diversas fases do processo de fabricação dos medicamentos e de padrões e métodos de análise confiáveis, verifica-se limitada capacitação tecnológica e industrial no segmento químico-farmacêutico sob efetivo comando e controle nacional, implicando elevada dependência às multinacionais do setor, fator que inibe o crescimento da incipiente indústria nacional. A Relação Nacional de Medicamentos (Rename) tem deficiente divulgação junto às classes profissionais envolvidas no sistema previdenciário, acarretando dificuldades de assimilação da importância de um instrumento de racionalização terapêutica, do ponto de vista médico e econômico. Tal situação levou o Conasp a propor, também, um Programa de Reorientação da Assistência Farmacêutica Previdenciária. O Programa, em vias de aprovação pelo Conasp e pelo MPAS, recomenda: reorganizar a assistência farmacêutica na área do Inamps, dando-lhe a infra-estrutura necessária, os recursos e o posicionamento adequado à sua finalidade social e ao volume de investimentos que representa; promover o atendimento integrado da clientela pelos vários órgãos oficiais que prestam a assistência farmacêutica, promovendo o melhor atendimento da população e a economia de recursos, dentro de melhores padrões de eficiência; retomada do Plano Diretor da Ceme, considerando as atuais injunções técnicas, políticas e econômicas do setor, com recomendações de que se amplie sua atuação; estreitamento da integração programática da Ceme com o Inamps, MEC e Secretaria de Saúde.

Antecipando-se, entretanto, a essas aspirações, as presidências do Inamps e da Ceme determinaram que as respectivas equipes técnicas das duas instituições trabalhassem, desde já, integradas, procurando desenvolver sistemas comuns. Neste ano, o Inamps participou intensamente do projeto de supervisão integrada, organizada pela Ceme, quando, em todos os estados, equipe multiinstitucional realizou profundo diagnóstico da situação dos medicamentos nas diversas superintendências. Em muitos, o Inamps auxilia a Ceme na instalação de almoxarifados estaduais comuns.

Dando continuidade ao que fizera em 1983, o Inamps manteve, na sua programação orçamentária de 1984, o substancial apoio às necessidades da Ceme, para que se pudesse prosseguir na imensa tarefa de reestrutura a distribuição de medicamentos à nossa rede hospitalar e ambulatorial, evitando compras episódicas no mercado regular, que só contribuem para desperdício de drogas e gastos desnecessários.

Vale assinalar que, em 1983, esse processo paralelo, ainda intenso e oneroso, foi motivado, em grande parte, pelos problemas surgidos na área econômica, especialmente com o dólar, que desequilibraram e atrasaram a execução dos contratos de compra da Ceme. A dificuldade encontrada pela Ceme, contornada apenas no primeiro trimestre de 1983, prejudicou definitivamente a distribuição farmacêutica deste ano, porém no exercício vindouro, a programação deve ser cumprida sem grandes percalços, o que, junto com as medidas de controle instituídas sobre as nossas unidades próprias, convergirá para uma disponibilidade mais pronta e mais barata de medicamento aos beneficiários.

Por fim, por intermédio do Inamps, a Ceme fez chegar a nova edição da *Rename* a todos os médicos, que, direta ou indiretamente, mantêm vínculo com a Instituição.³²

5.6 Assistência rural

A situação atual da assistência rural previdenciária caracteriza-se tanto pela insuficiência de recursos financeiros quanto de recursos assistenciais.

Para atender à população rural estimada em 38 milhões de brasileiros, o Inamps coloca à disposição, mediante os diversos tipos de convênios e contratos, 3.205 consultórios médicos, 2.966 ambulatórios odontológicos, 2.344 pequenos hospitais municipais e 268 hospitais regionais. O sistema, além das suas reduzidas proporções, mostra carência marcante de recursos auxiliares intermediários, especialmente de mecanismos básicos de organização, coordenação e supervisão.

A distribuição de recursos é também desordenada, dentro da escassez. Em 1982, o custo total anual do sistema para o Inamps foi de Cr\$ 42,5 bilhões, sendo que 85% foram concentrados na área hospitalar. Fica evidente, de imediato, que o problema não deve ser resolvido com a injeção de recursos financeiros adicionais, pois que só viriam a aumentar a distorção existente. O quadro seguramente reflete, na área da assistência, os grandes problemas da área e do homem rural brasileiro.

Na verdade, quando se propugna por maiores aportes financeiros do Inamps para a área rural, está se desconhecendo dois aspectos relevantes da questão.

O primeiro diz respeito ao modelo assistencial que deve ser implantado. No Brasil, como de resto nos demais países do mundo com grande extensão territorial e em processo de desenvolvimento, não se pode pretender resolver a assistência rural através do modelo assistencial urbano, organizado em função do centro médico-hospitalar. A experiência nacional e internacional acumulada nos últimos anos mostra claramente a inadequação e a inviabilidade dessa medida.

O segundo refere-se ao fato de que, técnica e legalmente, o trabalhador rural brasileiro não dispõe de previdência social propriamente dita, ou seja, o sis-

³² Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Central de Medicamentos. *Memento Terapêutico da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais — Rename*. Brasília, 1983. 154 p.

Brasil. Leis, decretos etc. Portaria Interministerial MPAS/MS/MEC n.º 3, de 15 de dezembro de 1982. *Diário Oficial* 237, Brasília, 16 dez. 1982. p. 23.643. Dispõe sobre a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais — *Rename*.

tema não é considerado contributivo. Em outras palavras, o trabalhador rural não contribui para ter direito aos benefícios e serviços que recebe. Embora o MPAS e o Inamps estejam empenhados em acelerar a elaboração de um anteprojeto de lei que reformula a previdência social rural, a matéria não é simples, dadas as circunstâncias peculiares ao nosso meio rural. Seguramente, aqui é de fundamental importância a ação do poder legislativo, ao lado dos ministérios envolvidos.

Enquanto isso, o Inamps, dentro dos limites que lhe são permitidos, incentiva a ampliação e a equalização do atendimento rural, quer pelos convênios de ações integradas, quer pelos convênios universitários, mecanismo pelo qual se busca atender ao trabalhador do campo de maneira igual àquela vigente para o homem da cidade.³³

Além disso, é importante salientar que, na busca de alternativas de fonte de custeio para a área rural, foi apresentado ao Fundo de Investimento Social (Finsocial) projeto objetivando alcançar índice de cobertura de 1,2 consulta/beneficiário/ano em 1984, estimados, respectivamente em Cr\$ 95 bilhões e Cr\$ 300 bilhões. Esperamos que seja o Inamps contemplado, em futuro próximo, com tais recursos específicos.

6. Resultados

6.1 Mudança do quadro assistencial previdenciário após aplicação do Plano do Conasp (primeiro ano)

Os resultados obtidos sobre a assistência, até o momento, com a implantação do Plano do Conasp, podem ser comentados sobretudo à luz da análise histórica de dados da população e de produção de serviços assistenciais, nos últimos três anos, representados nas tabelas 1, 2 e 3.

A tabela 1 estima o crescimento populacional do Brasil de 1980 a 1984, projetado segundo taxa média anual de crescimento geométrico da última década. Nela observa-se crescimento permanente da população brasileira, às custas da população urbana.

A tabela 2 mostra a evolução da realização de serviços, por linhas assistenciais, no Brasil, nos últimos anos (1979-82). Verifica-se que a realização numérica de serviços assistenciais cresceu significativamente nos anos de 1980 e 1981. O mesmo não ocorreu em 1982, onde a discreta elevação — nas consultas médicas, odontológicas e serviços complementares — evidencia os efeitos das medidas aplicadas pelo Plano do Conasp. As projeções das curvas de acompanhamento de 1983 indicam que, no final deste exercício, as consultas médicas

³³ Brasil. Leis, decretos etc. Portaria MPAS/SSM n.º 206, de 6 de agosto de 1982. *Diário Oficial* 147, Brasília, 4 ago. 1982. seção 1, p. 14.487-8. Aprova critérios de avaliação de serviços de saúde/CASS.

Tabela 1
 MPAS/Inamps — Estimativa do crescimento populacional do Brasil
 (1980-84)

População	Ano											
	1980		1981		1982		1983		1984			
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
Urbana	80.478.602	100,0	83.763.371	104,1	86.990.566	108,1	90.556.692	112,5	94.300.690	117,2		
Rural	38.620.390	100,0	38.300.101	99,2	38.111.175	98,7	37.648.873	97,5	37.106.347	96,1		
Total	119.098.992	100,0	122.063.472	102,5	125.101.741	105,0	128.205.565	107,7	131.407.037	110,3		

Fonte: IBGE, Censo 1980.
 Obs.: período 1981-84 projetado segundo taxa média anual de crescimento geométrico do período de 1970-80.
 Comentário: observa-se crescimento permanente, à custa da população urbana.

Tabela 2

MPAS/Inamps — Evolução da prestação de serviços assistenciais no Brasil nos últimos anos
(1979 a 1982)

Serviços	Ano							
	1979		1980		1981		1982	
	Número	Acréscimo (%)	Número	Acréscimo (%)	Número	Acréscimo (%)	Número	Acréscimo (%)
Consultas médicas	154.539.578	—	179.751.174	16,31	202.589.387	12,71	206.248.445	1,81
Consultas odontológicas	31.633.719	—	34.159.554	7,98	37.968.365	11,15	39.056.418	2,87
Serviços complementares	139.392.712	—	160.912.847	15,44	191.009.381	18,70	197.895.498	3,61
Internações	10.571.214	—	11.753.451	11,18	13.193.536	12,25	13.070.882	—0,07

Fonte: Dataprev. *Relatório de serviços produzidos*.

Comentário: verifica-se que a prestação de serviços assistenciais cresceu significativamente nos anos de 1980 e 1981. O mesmo não ocorreu em 1982, quando discreta elevação evidencia os efeitos das medidas corretivas aplicadas segundo o Plano do Conasp. Em 1982, salienta-se a redução do número absoluto de internações.

Tabela 3

MPAS/Inamps — Evolução da prestação de serviços assistenciais no Brasil no período de maio de 1982 a maio de 1983

Serviços	Mês												
	5/82	6/82	7/82	8/82*	9/82	10/82	11/82**	12/82	1/83	2/83	3/83	4/83	5/83
Consultas médicas	1,00	0,96	0,99	1,03	0,99	1,03	0,98	0,92	0,95	0,91	1,05	0,99	0,82
Consultas odontológicas	1,00	0,93	0,97	0,98	0,98	0,95	0,92	0,86	0,83	0,78	0,90	0,87	0,73
Serviços complementares	1,00	0,97	0,98	1,02	0,94	0,95	0,92	0,86	0,88	0,82	0,95	0,86	0,75
Internações	1,00	0,95	1,00	1,00	0,96	0,94	0,96	0,82	0,87	0,79	0,90	0,85	0,66

Fonte: Dataprev. Relatório de serviços produzidos.

* Início da atual gestão do Inamps.

** Resolução n.º 26/82, então aplicada.

Comentário: a tabela mostra diminuição progressiva de serviços assistenciais no país, durante o período de maio de 1982 a maio de 1983, especialmente no último semestre e na área de internações, pelo corte nos serviços desnecessários. Embora tenha havido uma redução de milhares de internações no período, não houve qualquer prejuízo à cobertura da assistência hospitalar da população, devido à adequação correta dos critérios de internação.

e odontológicas terão *acréscimos* de 1,2% e 5,4%, respectivamente, e que os serviços complementares e as internações estarão, correspondentemente, *reduzidas* em 13% e 34%, em relação a 1982. Quanto a internações, registra-se, em 1982, redução do número absoluto das mesmas.

A tabela 3 analisa a evolução da realização de serviços, por categorias assistenciais, no Brasil, no período de maio de 1982 a maio de 1983. Nela estão indicados o início da implantação do Plano do Conasp e a data de entrada em vigor da Resolução Inamps nº 26/82. Pode-se observar que o corte de serviços desnecessários acarretou diminuição progressiva de serviços assistenciais realizados no país, especialmente no primeiro semestre de 1983 e na área de internações. *Embora tenha havido, até o presente momento, uma redução de cerca de 2 milhões e meio de internações, não houve qualquer prejuízo à cobertura da assistência hospitalar, devido à melhor adequação dos critérios de internação.*

Com base nesses dados, pode-se concluir que o enorme e desgastante esforço feito na implantação do Plano do Conasp resultou, sem prejuízo de qualidade, numa indiscutível diminuição de serviços supérfluos, apesar do crescimento da população urbana.

Além disso, eles confirmam as profundas distorções apontadas originalmente no diagnóstico do Conasp e salientam o quanto eram necessárias as correções que vêm sendo feitas no modelo assistencial vigente, independentemente da suficiência, ou não, de recursos orçamentários.

Vale ressaltar, ainda, que a participação da classe médica na execução de tais programas não tem sido fácil de obter, não porque estejam em desacordo com os princípios e a filosofia do Plano do Conasp, mas porque, na justa defesa de seus salários, vencimentos ou lucros, encontram dificuldade para se ajustar a uma série de normas. Estas não têm o intuito principal de corrigir fraudes e distorções; têm, entretanto, a obrigação de dar a maior e absoluta preferência ao interesse da população carente, mesmo que com o sacrifício eventual de condições ou vantagens a que possam aspirar instituições médicas privadas, ou até profissionais, isoladamente.

6.2 Mudança do quadro da despesa previdenciária após aplicação do plano do Conasp (primeiro ano)

O impacto do Plano do Conasp sobre a despesa deve ser examinado com base em séries históricas que comparem sua evolução com índices externos à instituição e com a sua distribuição interna.

As tabelas 4, 5 e 6 comparam a despesa total do Inamps nos últimos cinco anos com o Produto Interno Bruto (PIB), o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) e a receita do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS). Elas traduzem que a despesa do Inamps reduziu-se nos últimos cinco anos de forma lenta e gradual.

Tabela 4

MPAS/Inamps — Despesa total do Inamps em percentuais do Produto Interno Bruto (PIB) — Quadriênio 1979-82

Ano	Despesa total (Cr\$ milhões)	Percentual do PIB
1979	91.791	1,471
1980	186.773	1,425
1981	362.112	1,350
1982	722.678	1,358

Fonte: Departamento de Orçamento-Programa do Inamps.

Comentário: de 1979 a 1982 a despesa do Inamps apresenta um decréscimo médio de 0,04% do Produto Interno Bruto, ao ano.

Tabela 5

MPAS/Inamps — Participação percentual do Inamps no Fundo de Previdência e Assistência Social — Quadriênio 1979-82*

Ano	Percentual com assistência médica	Outros**	Percentual total
1979	24,70	2,63	27,33
1980	27,43	1,94	29,37
1981	24,63	1,83	26,46
1982	21,20	1,50	22,70

Fonte: balanço FPAS e Inamps.

* Omitidos os percentuais de 1983 e 1984, por não se conhecerem as respectivas despesas do FPAS.

** Inclui despesas com administração, inativos, pensionistas e Pasep.

Tabela 6

MPAS/Inamps — Evolução das despesas do Inamps de 1980 a 1984 e variação do INPC

Ano	Despesa (Cr\$ milhões)	Acréscimo (%)	INPC (%)
1980	186.773	—	—
1981	362.112	94	97
1982	722.677	99	97
1983	1.284.083*	78	110** (primeiro semestre)
1984 (primeira proposta)	2.293.970*	79	—

Fonte: balanço do Inamps 1981/82; orçamento Inamps 1983/84.

* Os orçamentos de 1983 e 1984 atendem às limitações estabelecidas pelo MPAS e Sest.

** Índice oficial reconhecido para o primeiro semestre de 1983.

Comentário: a tabela mostra que de 1981 para 1982 a despesa do Inamps cresceu 99%, enquanto o INPC, no período, foi de 97%. O atual orçamento de 1983 cresceu 78% em relação ao ano imediatamente anterior, estando o INPC do primeiro semestre de 1983 em 110%. Admitindo-se que o INPC do segundo semestre deste ano atinja 125% (índice oficial estimado), eventuais suplementações orçamentárias de até Cr\$ 235 bilhões não repõem a defasagem orçamentária verificada, que ainda fica muito aquém da inflação oficial admitida.

Com relação ao PIB, a queda observada equivale a um decréscimo médio aritmético de 0,04 pontos percentuais ao ano, correspondendo a 1,358% em 1982.

Quanto à participação do Inamps (assistência médica) na receita total do FPAS, a redução foi de 24,7% em 1979 para 21,20% em 1982, ou seja, um decréscimo médio aritmético de 1,33 ponto percentual ao ano.

No que diz respeito ao INPC, verifica-se que, nos anos de 1981 e 1982, as despesas totais do Inamps coincidiram com as respectivas variações do INPC. Já nos anos de 1983 e 1984, mantidos os tetos orçamentários autorizados até o presente, a despesa total real do Inamps está, no mínimo, 30% abaixo da taxa inflacionária, representando, assim, significativa compressão.

Tais dados merecem comentários adicionais.

A imprensa tem divulgado, com certo destaque, notícias relativas a um possível desequilíbrio orçamentário da previdência social. Em excelente estudo — *A previdência social brasileira: análise do déficit* — apresentado, ainda este ano, a essa mesma Comissão Parlamentar de Inquérito, o Deputado Reinhold Stephanes, afirmou: “(...) a assistência médica não pode ser apontada como causadora do déficit previdenciário, pois os dados comprovam que ao longo dos anos sua participação nas despesas totais não ultrapassou os 25/27%, precorizados (...)”

Apesar disso, a falta de uma caracterização mais clara da situação pode fazer com que se estabeleçam confusões. Vale a pena transcrever os recentes pronunciamentos do Sr. Ministro Hélio Beltrão, a respeito do problema.

“São irrecusáveis, assim, os reflexos negativos de todos esses fatores sobre a receita e a despesa do sistema. Trata-se de causas conjunturais *externas* à previdência, que escapam às decisões e ao controle de sua administração. Mas que põem em risco o equilíbrio interno do sistema.

Não há por que falar, portanto, de déficit, crise ou rombo na previdência, o que poderia causar a falsa impressão de descontrole interno na administração do sistema. Ao contrário, o que internamente vem ocorrendo é um grande e bem-sucedido esforço de contenção e racionalização de gastos, sobretudo na área da assistência médica.

É verdade que a previdência social está em crise em muitos outros países, mas é preciso examinar as causas da crise em cada caso. Nos países europeus, e mesmo nos EUA, os problemas da previdência estão ligados principalmente à estrutura demográfica. São países de crescimento demográfico praticamente igual a zero, em que o número de pessoas idosas já é muito alto em relação aos mais jovens, o que eleva substancialmente o custeio das aposentadorias e pensões.

No Brasil, ainda não temos esse problema. Segundo os nossos atuários, os dados mais recentes do IBGE permitem antever que, pelo menos até o ano 2000, a evolução da estrutura etária de nossa população permitirá que o sistema se mantenha em equilíbrio, *desde que a atividade econômica mantenha um nível razoável de crescimento.*

A legislação em vigor prevê expressamente a hipótese, que ora se verifica, da perturbação do equilíbrio interno da previdência social ocasionada por fatores negativos de origem externa. Não só prevê a ocorrência como estabelece a forma de solucioná-la.”

Neste contexto, discutir a questão orçamentária da previdência, em termos de maior ou menor eficácia das medidas racionalizadoras da despesa com a assistência médica, é fugir do aspecto central do problema. O Inamps não é responsável pelo problema e seu potencial de contribuir para sua resolução é limitado.

A redução de despesas com a assistência médica poderia quando muito contribuir para reduzir o vulto de ocasionais problemas de fluxo de caixa. As “crises” orçamentárias da previdência continuarão sendo recorrentes enquanto não for sanado o problema básico pela criação de condições que assegurem à arrecadação um crescimento suficiente pelo menos para fazer face às despesas com os compromissos sociais do sistema previdenciário.

Nem por isso, entretanto, deixam de ser necessárias as medidas racionalizadoras, como ficou demonstrado na análise dos resultados da prestação de serviços, e de se imporem as medidas reorientadoras da integração do setor público, capazes, também, de agregar novas parcelas de recursos para o setor saúde, oriundas de outras fontes orçamentárias.

Por outro lado, *considerando-se os recursos orçamentários consignados para o Inamps, em 1983, verifica-se que, de início, os 70% de aumento concedidos em relação a 1982 estavam abaixo do índice de inflação reconhecido pelo governo, estimado em 150%, neste ano.*

Eliminando-se os efeitos da desvalorização da moeda que dificultou a identificação de tendências reais, observa-se que a despesa de 1983 apresenta regularidade e estabilidade, não revelando qualquer tendência de crescimento.

Tabela 7

MPAS/Inamps — Distribuição interna da aplicação de recursos, segundo atividades
(Triênio 1982/84)

Discriminação	Ano		
	1982 (%)	1983 (%)	1984 (%)
Assistência	93,0	88,7	88,9
Administração	5,2	5,6	5,1
Outros*	1,8	5,7	6,0
Total	100,0	100,0	100,0

Fonte: balanço 1982, orçamento 1983, orçamento 1984 (primeira proposta).

* Inclui despesas com PIS, Pasep, inativos.

Comentário: os recursos disponíveis estão sendo aplicados, em sua quase totalidade (90%), na assistência.

Tabela 8

MPAS/Inamps — Distribuição interna da aplicação de recursos por tipo de
prestador de serviço
(Triênio 1982-84)

Prestadores de serviço	Ano		
	1982 (%)	1983 (%)	1984 (%)
Próprios	19,7	24,5	25,8
Conveniados	18,0	17,3	15,2
Contratados	60,0	54,3	50,7
Outros*	2,3	3,9	8,3
Total	100,0	100,0	100,0

Fonte: Departamento de Orçamento-Programa. Inamps, MPAS.

* Inclui despesas com a Ceme e com o Plano de Reorientação do Conasp.

Comentário: a tabela reflete a aplicação dos critérios de prioridades do Conasp sobre o orçamento do Inamps em 1983 e 1984.

Quando se fala no crescimento incontrolado da despesa com assistência médica da previdência social, está-se falando, na realidade, no crescimento incontrolado da inflação. Os dados obtidos permitem afirmar que em termos reais, isto é, *descontados os efeitos da inflação, a despesa apresenta uma perfeita estabilidade, traduzindo claramente os resultados da nova política assistencial da instituição.*

As tabelas 7 e 8, por sua vez, mostram a distribuição das despesas do Inamps no último triênio. Através delas pode-se ver que os recursos disponíveis estão sendo aplicados em sua quase totalidade na prestação de assistência médica. Somente 5% desses recursos são utilizados para fins administrativos, ou seja, em ações indiretas.

De forma geral, segundo os tipos de prestadores de serviços que atendem ao usuário, os gastos se distribuem da seguinte forma:

— em 1982, 22% na rede própria e equivalente; 18% na rede conveniada e 60% na rede contratada;

— em 1983, a rede própria e similar representou 28,4%, enquanto a rede conveniada e a rede contratada significaram 17,3% e 54,3%, respectivamente;

— em 1984, para a rede própria e congênere prevêm-se 34,1% e alocam-se recursos na ordem de 15,2% para a rede conveniada e 50,7% para a rede contratada.

Assim, dentro do espírito do Conasp, busca-se dar plena capacidade de produção aos serviços públicos de assistência médica e, em particular, nos próprios da instituição. Nesse sentido, os setores próprios que atuam no atendimento da clientela e as atividades que promovam ou apóiem o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social vêm sendo progressivamente priorizados, na alocação de recursos orçamentários, nesses dois últimos anos.

6.3 Benefícios à população

Na elaboração de programas concretos de implantação do Plano do Conasp, atribuiu-se prioridade à implantação dos programas que contemplassem as ações primordiais de saúde em grandes centros, nos quais as condições locais favorecessem o êxito das medidas.

O Plano tem determinado o aumento de consultas nas áreas básicas da medicina, com uniformidade de atendimento nos postos de assistência médica e o atendimento médico de primeira linha à população vem sendo assegurado.

A execução do Plano já demonstra as seguintes melhorias:

1. As filas começam a desaparecer e, em alguns estados, já não existe acúmulo da clientela nas portas dos postos de assistência médica.
2. A ampliação da diponibilidade de consultas nas áreas de clínicas básicas.
3. Assistência pronta e próxima do local de residência do segurado, gerando economia de tempo e de recursos.
4. Maior facilidade para marcação de consultas, obtenção de informação e acesso ao médico.
5. Maior facilidade para o atendimento médico de emergência. A demanda dos beneficiários às unidades ambulatoriais evita a sobrecarga de atendimentos

médicos de primeira linha, nos grandes hospitais, possibilitando, assim, aos médicos destas unidades, maior dedicação aos pacientes graves.

6. Reequipamento dos hospitais e postos de assistência médica. A recuperação dessas unidades, o reequipamento adequado, a contratação de médicos para atendimento dos cuidados primordiais estimularam o aumento da produtividade e melhoraram a assistência à população.

7. Articulação interinstitucional da rede pública federal, estadual e municipal favorecendo a descentralização e a universalização do atendimento. Este é um ponto essencial do Plano do Conasp que estimula e recupera os serviços da rede pública.

8. Articulação com a CEME para o fornecimento de medicamentos em maiores quantidades, evitando a pulverização dos recursos e colocando de forma adequada, nas diversas unidades, a distribuição de remédios à população.

9. Criação de centros de excelência em algumas unidades da Federação, evitando o deslocamento de pacientes para outros estados e estimulando a regionalização do atendimento.

10. Sistematização do atendimento ambulatorial e implantação do novo sistema de contas que asseguram previsão dos recursos orçamentários para 80% das eventualidades clínicas de todos os grupos populacionais.

O Plano do Conasp visa à integração de saúde através de um processo de mudança que começa a ser compreendido pela população. A execução do Plano só terá êxito se encontrar correspondência no apoio da população e não faltar aos seus responsáveis, em todos os setores da vida pública, a vontade e a determinação política para a concretização de verdadeira reforma da assistência médica no país que, até o final do ano, beneficiará 40 milhões de brasileiros.

7. Perspectivas

Conquanto esses resultados recomendem o prosseguimento da implantação do Plano do Conasp, não se pode esquecer que eles são parciais e que foram obtidos com grande sacrifício institucional e pessoal.

Da experiência desse primeiro ano ficam algumas reflexões importantes, que devem ser registradas e transmitidas:

1. A previdência social representa, sem dúvida, notável instrumento de seguro e paz social para a população brasileira, da qual é patrimônio inalienável.

2. A “reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social”, preconizada pelo Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (Conasp), caminha no passo certo e permite vislumbrar, para o Brasil, através de universalização da assistência primária, o cumprimento da meta de “Saúde para todos no ano 2000”, muito antes do novo século.

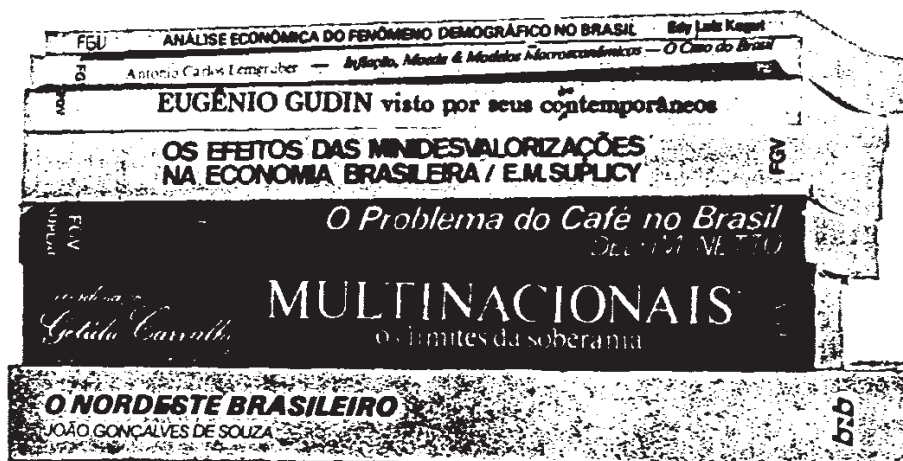
3. A integração interinstitucional do setor público de saúde contribui favoravelmente para a melhoria da assistência à população tanto do ponto de vista social, quanto econômico e, portanto, deve ser reforçada.

4. A previsibilidade orçamentária das ações de saúde da previdência social é perfeitamente possível de ser realizada e é medida indispensável para a estabili-

dade, o equilíbrio, o controle e a melhoria da qualidade de atuação do Inamps, isoladamente, ou em conjunto com os outros agentes do poder público, também encarregados de ações sanitárias.

5. A empresa pública e a empresa privada podem coexistir na prestação de serviços médico-assistenciais à população, através de uma participação digna, organizada, equilibrada e reciprocamente aceita.

6. A imagem pública e a credibilidade institucional do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) estão sendo rápida e progressivamente recuperadas.



Livros de

ECONOMIA

editados pela FGV

Inflação, moeda & modelos macroeconômicos - o caso do Brasil de *Carlos Lemgruber*
141 páginas

Eugênio Gudin visto por seus contemporâneos
160 páginas

O problema do café no Brasil de *Antonio Delfim Netto*
259 páginas

Análise econômica do fenômeno demográfico no Brasil de *Edy Luiz Kogut*
114 páginas

Os efeitos das minidesvalorizações na economia brasileira de *Eduardo Matarazzo Suplicy* - 2ª ed.
254 páginas

Multinacionais - os limites da soberania de *Getúlio Carvalho* - 3ª ed.
387 páginas

O Nordeste Brasileiro: uma experiência de desenvolvimento regional de *João Gonçalves de Souza*
409 páginas