

CADERNOS EBAP

Nº 11

A ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR DO SISTEMA
PREVIDENCIÁRIO BRASILEIRO ATRAVÉS DE
SERVIÇOS CONTRATADOS

Valéria de Souza*

* Professora da EBAP, membro da Equipe PROASA

BR00012774-2

BIBLIOTECA FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
513/81 01/12/81

12. 15642

I N D I C E

	Página
1. Introdução	01
2. As Relações da Previdência com o Conjunto da Sociedade	03
3. Características dos Hospitais Contratados pela Previdência Social	09
3.1 - Estabelecimentos hospitalares contratados ...	09
3.2 - Leitos hospitalares contratados	10
3.3 - Utilização dos serviços hospitalares contratados	14
4. Recursos Financeiros Previdenciários para a Assistência Médica	26
4.1 - Fontes de financiamento de Previdência Social	26
4.2 - Uso dos recursos financeiros	29
5. Conclusões	40

A ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR DO SISTEMA PREVIDENCIÁRIO BRASILEIRO ATRAVÉS DE SERVIÇOS CONTRATADOS.

1. Introdução

A organização dos serviços de assistência médica no Brasil desenvolveu-se de maneira tal que, hoje em dia, o quadro que se tem é o de um sistema complexo de distribuição de funções através da rede privada e pública, com a Previdência Social responsável por, aproximadamente, 90% dos serviços médicos prestados no País.

A constatação de que o sistema previdenciário abrange praticamente 100% da população urbana brasileira, e que é responsável pelo segundo orçamento do País, só ultrapassado pelo da União, é suficiente para demonstrar a importância das funções econômicas e sociais que vem sendo desempenhadas pela Previdência Social.

O programa de assistência médica, principalmente a partir de 1967, com a criação do INPS, vem assumindo importância crescente no contexto da política de saúde no Brasil. Para se ter uma idéia desse crescimento, em 1970 a Previdência Social destinou 2 bilhões de cruzeiros à assistência médica e em 1980 esta cifra alcançou 152 bilhões de cruzeiros. À assistência médica são dedicados, aproximadamente, 25% da receita total da Previdência.

Atualmente a Previdência Social oferece assistência médica e hospitalar através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, sob diversas modalidades: serviços próprios; os vinculados a partir de convênios¹; e os vinculados a partir de credenciamento para a rede privada de hospitais.

¹ Em 1979 a Previdência Social mantinha 5.483 convênios com empresas, 612 com Sindicatos, 33 com Universidades e 423 convênios com órgãos públicos de níveis federal, estadual e municipal. (INAMPS em DADOS, MPAS, RJ, 1980).

Em 1979 existiam 3.059 hospitais da rede privada, contra tados, distribuídos em todo o País, particularmente concentrados nos centros urbanos. A Previdência Social contrata, aproximadamente, 200 mil leitos da rede privada² que é responsável pela produção de mais de 7 milhões de egressos hospitalares anualmente³.

A ênfase da assistência médica na Previdência Social e a forma como é oferecida, através da rede privada lucrativa, tem gerado constantes debates no campo da saúde. A política que a Previdência define para a prestação dos serviços de assistência médica possibilita, através das contratações com a rede privada, o incentivo ao crescimento das empresas médicas, fortalecendo o atendimento individual curativo, através da medicina especializada e complexa, em detrimento da atenção à saúde coletiva. Estes fatores levam à reprodução ampliada e acelerada das desigualdades existentes na oferta de serviços de saúde no Brasil.

A assistência médica na previdência brasileira nasceu juntamente com a própria Previdência Social em 1923, não como resultado de uma opção "técnica", mas sim de lutas e jogos de interesses de grupos nas diversas fases da conjuntura brasileira. A questão de prestar ou não assistência médica ambulatorial e hospitalar na Previdência Social foi sempre muito polêmica. É fruto da conquista da luta dos trabalhadores por melhores condições de vida, fortalecida pelos interesses do sistema capitalista.

² Os leitos próprios do sistema da Previdência Social não ultrapassam 10 mil.

³ Mais de 90% do total de egressos hospitalares da Previdência Social.

2. As Relações da Previdência com o Conjunto da Sociedade

Por que a Previdência Social contrata serviços da rede hospitalar privada? Para poder responder a esta questão é necessário analisar as relações da Previdência Social com o conjunto da sociedade, nos diversos períodos que marcam a evolução desta Instituição, e ver qual a forma como a assistência médica é oferecida.

Quando surgiram as primeiras CAPs, em 1923, a assistência médica ambulatorial foi incluída como benefício básico, tendo em 1926 a assistência hospitalar passado, também, a fazer parte do conjunto de benefícios. Para a prática da assistência médica, na Previdência, neste seu início, as Instituições (CAPs) viram-se obrigadas a estabelecer suas próprias instalações. Surge assim, o que se caracteriza hoje como o "sistema próprio" da prestação de serviços. Inicialmente a assistência médica da Previdência centra va-se na assistência ambulatorial. Além dos serviços prestados pe lo "sistema próprio", a Previdência Social também comprava servi ços de consultórios privados.

Possivelmente, o Brasil, não adotou exclusivamente a compra de serviços privados de assistência médica, a exemplo do que ocorreu nos Estados Unidos, porque a prática médica privada, na década de 20, estava organizada de forma muito precária, incapaz e desinteressada para se apresentar como alternativa, obrigando, assim, as instituições previdenciárias a desenvolverem seus próprios serviços.

Durante o período que se inicia em 1930, a assistência médica só não foi totalmente eliminada da Previdência Social porque era importante mantê-la, para que o Governo não ficasse anti-popular, e mesmo porque o Estado não estava disposto a assumir a responsabilidade de fornecê-la de outra forma. A solução encontra da foi manter a assistência médica, sem que isso não implicasse

em grandes investimentos⁴. Recorre-se, assim, à compra de serviços de terceiros, através de contratos entre as instituições da Previdência Social e hospitais ou clínicas particulares.

Esta articulação da Previdência Social com o setor privado vem a ser o primeiro fator provocador de mudança na postura artesanal de medicina brasileira. Outros fatores, mais tarde na década de 60, virão associar-se a este, entre eles a mão-de-obra médica assalariada excedente do mercado liberal, dando origem a uma mentalidade empresarial para a organização da medicina no País.

No período que se inicia em 1945, a Previdência Social é caracterizada pela ênfase em benefícios outros que não apenas aposentadoria e pensões. Com uma atenção especial em assistência médica, o período pós-45 caracterizar-se-á por um ativo processo de construção e compra de serviços para formar sua rede própria, tanto ambulatorial como hospitalar.

Os anos de 1948 e 49 são marcados pela aquisição, construção e ampliação de hospitais, ambulatórios, sanatórios nas mais variadas localidades do Brasil⁵. Nota-se que neste período a rede de serviços próprios da Previdência sofreu um tremendo impulso.

Até 1964 a assistência médica era fornecida basicamente pelos serviços próprios da Previdência Social. A compra de serviços de terceiros apareceu antes desta data, mas são minoritários e pouco expressivos, no quadro geral da prestação destes serviços pelos IAPs, principalmente, se comparado com o que ocorre no pós-64.

⁴ Com exceção do IAPI, que não prestou assistência médica ou hospitalar até 1950.

⁵ AROUCA, A. Sérgio et alli - O complexo previdenciário da assistência médica. Relatório de Pesquisa, realizada no PESES/FIOCRUZ-FINEP, RJ, 1979, p. 291 e deg. O autor especifica todas as instalações criadas neste período.

O período pós-1964 merece uma análise especial, pois é o marco da expansão da assistência médica na Previdência Social e do privilegiamento da contratação de serviços de terceiros em detrimento dos serviços próprios.

Este período vai acrescentar novas diretrizes à política de assistência médica que, em nome de uma racionalidade "necessária" e viabilizadora da expansão da cobertura, dá prioridade à contratação de serviços de terceiros em detrimento dos serviços próprios da Previdência Social. Esta orientação toma como argumento básico a crise financeira dos IAPs e, por conseguinte, a necessidade de adoção de novas formas de regulamentação das instituições e da prestação de serviços.

A opção pela compra de serviços do setor privado não é um fato isolado e encontra suas bases constitucionais na Constituição de 1969⁶ e no Decreto-Lei 200 de 1968⁷.

Em 1964 foi criada Comissão Especial a fim de reformular o sistema previdenciário; propõe-se que a assistência médica fique sob a responsabilidade do Ministério da Saúde - MS, reservando à Previdência Social a função de concessão de benefícios, proposta que não foi implementada.

Com a criação do INPS, em 1967, este passa a ser o grande comprador de serviços de assistência médico-hospitalar ao setor privado.

Em 1968 foi criado o Plano Nacional de Saúde - PNS, elaborado na gestão de Ministro Leonel Miranda no Ministério da Saúde (1967-69). O PNS colocava a prestação da assistência médica

⁶ CONSTITUIÇÃO DE 1969 - Art. nº 170

Onde se lê que o Estado organizará e explorará a atividade econômica apenas em caráter suplementar à iniciativa privada.

⁷ Decreto-Lei nº 200 de 1967

Definindo para cada Ministério a política de um máximo possível de abandono das ações executivas, em benefício do setor privado, com restrição das atividades, na medida do possível, ao nível normativo.

sob a coordenação do Ministério da Saúde, dentro de uma radical privatização. Este Plano, encerrado ainda a nível experimental, foi combatido por sanitaristas, pelo meio Acadêmico, por Associações e Sindicatos de classe médica⁸.

Verifica-se que a partir da década de 1960 a rede hospitalar privada, com fins lucrativos, acelera seu desenvolvimento. Isto ocorre na medida em que começa a abrir espaços, através de contratos com a Previdência Social. De acordo com Braga, passa a existir

"uma consolidação da ocupação capitalista da prestação de assistência médica, ocorrendo a expansão de gastos em assistência médica na Previdência Social, o que criou condições de escala para a expansão capitalista da rede de serviços".⁹

Para Luz¹⁰ praticamente toda a atividade médica que não seja a medicina liberal de consultório (inacessível a 90% da população) torna-se, através dos contratos com o INPS, previdenciária. A autora diz que "a prática médica é assim estatizada e em compensação, o Estado, através das clínicas e hospitais credenciados, privatiza-se".

A assistência médica na Previdência ao consolidar a expansão capitalista na rede de serviços também promoveu a tecnificação do ato médico, e a especialização do trabalho médico.

A intervenção estatal na área da saúde optando pela prática médica curativa, individual e especializada, através da Previ

⁸ Ver sobre o assunto: GENTILE DE MELLO, Carlos - Saúde e Assistência Médica no Brasil, CEBES-HUCITEC, (Col. Saúde e Debate), SP, 1977. ("Análise do Plano Nacional de Saúde".p.65 a 83; "Análise dos Resultados do Plano Nacional de Saúde", p. 85 a 91).

⁹ BRAGA, José Carlos - A questão da saúde no Brasil: um estudo das políticas sociais em saúde pública e medicina previdenciária no desenvolvimento capitalista. (Tese de mestrado - UNICAMP), Campinas, 1978, p. 110.

¹⁰ LUZ, Madel T. - As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégia de hegemonia. Graal, RJ, 1979, p.120.

dência Social, propiciou também a criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais, na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos.

Assim fica formado o tripé no qual estão calcadas as "políticas de saúde": de um lado estão as "indústrias" (nacionais) de produção de serviços de saúde; do outro, as indústrias (multinacionais) de saúde; e no meio, como intermediário, (subsidiando uma e outra), com recursos dos trabalhadores o Estado através da assistência médica previdenciária¹¹.

As instituições de saúde, tanto a nível de prestação de serviços - hospitais e clínicas, como a nível de equipamentos, são expandidas, ao mesmo tempo que procuram ampliar seu mercado consumidor. Estas instituições de saúde pressionam o Estado, não só para que seja o seu cliente mais poderoso, mas também no sentido de serviços de saúde, através da medicalização de camadas mais amplas da população¹².

A partir de 1964, a presença de determinados grupos da "classe médica" nas instituições de saúde, através de órgãos como a Associação Médica Brasileira - AMB, não cessa de crescer. Seus interesses por uma atenção médica privatizante vão juntar-se aos da Federação Brasileira de Hospitais - FBH. Estas e outras organizações similares, como a Associação Brasileira de Medicina de Grupos - ABAMGE, tendem a pressionar o Estado no sentido do favorecimento de seus interesses nas futuras políticas de saúde.

Se por um lado se desenvolve a luta de interesses de alguns grupos, minoritários, porém poderosos - os "empresários da saúde", negociando com o Estado a política de saúde; por outro ,

¹¹ LUZ, Madel T. - op. cit., p.19

¹² Ibidem, p.51

ocorre a proletarização da classe médica. Esta surge em função da expansão das empresas médicas, principalmente nos centros urbanos, tendo como resultado o assalariamento da categoria.

Nesses últimos anos, ocorre um intenso movimento de mobilização dos profissionais de saúde. Começam a crescer as entidades representativas: sindicatos de médicos, associações de classes e outros. Os movimentos desencadeados por estas instituições, além de lutar por melhores condições de trabalho, melhores salários, têm uma dimensão mais ampla: a mobilização em torno da defesa de interesses coletivos, contra a mercantilização do cuidado à saúde, em defesa do direito à saúde e aos serviços.

Uma tentativa de redefinição da política privatizante ocorreu em 1972, através da Portaria nº 48 que dava prioridade aos órgãos próprios da Previdência para a prestação de assistência médica, vindo a seguir, após esgotada a capacidade dos serviços próprios, os contratados e convênios. Porém, como cita Hésio Cordeiro,

"os interesses privados já se haviam articulado com suficiente poder com os setores da burocracia estatal para reverter a política médico-assistencial".¹³

¹³ CORDEIRO, Hésio - Sistema de saúde: o Estado e a democratização da saúde. Revista de Administração Pública, v.13, nº 4, FGV, 1979, p. 46.

3. Características dos Hospitais Contratados pela Previdência Social

3.1. Estabelecimentos hospitalares contratados

Em 1979 a Previdência Social mantinha contrato com 3.059 hospitais da rede privada, nas diversas Unidades da Federação. A distribuição por regiões é mostrada no Quadro I.

QUADRO I

NÚMERO DE HOSPITAIS CONTRATADOS BRASIL E GRANDES REGIÕES - 1979

R E G I Õ E S	HOSPITAIS CONTRATADOS	
	Nº	%
BRASIL	3.059	100,0
NORTE	71	2,3
NORDESTE	573	18,7
SUDESTE	1.318	43,1
SUL	868	28,4
CENTRO-OESTE	229	7,5

FONTE: Boletim de Recursos Disponíveis - Contratados. SEC. Planej. - Deptº Informática INAMPS/MPAS

Do total de hospitais contratados, 43,1% estão localizados na região sudeste, sendo que São Paulo concentra o maior número de hospitais contratados: 559. Na região sul estão localizados 28,4% dos hospitais. O nordeste, apesar de concentrar 28,1% da população total do país, tem contratados apenas 18,7% dos hospitais.

A grande maioria dos contratos efetuados pela Previdência Social concentra-se nas regiões sudeste e sul - 71,5%.

No Quadro II apresenta a distribuição dos contratos por especialidades.

QUADRO II

NÚMERO DE CONTRATOS POR ESPECIALIDADES BRASIL E GRANDES REGIÕES - 1979

REGIÕES	TOTAL	CLÍNICA MÉDICA	CLÍNICA CIRURG.	CLÍNICA OBSTET.	CLÍNICA TISIOLÓG.	CLÍNICA PSIQUIÁT.	CLÍNICA PEDIAT.	CLÍNICA ONCOLÓG.
BRASIL	8.539	2.569	2.591	2.389	65	276	626	23
NORTE	192	61	64	44	1	5	17	-
NORDESTE	1.699	480	491	444	11	64	206	3
SUDESTE	3.439	1.000	1.008	937	38	153	288	15
SUL	2.555	832	830	783	11	35	62	2
CENTRO-OESTE	654	196	198	181	4	19	53	3

FONTE: Boletim de Recursos Disponíveis - Contratados.
Sec. Planej. - Deptº Informática - INAMPS/MPAS

Em 1979, a Previdência Social mantinha 8.539 contratos com 3.059 hospitais, nas especialidades: clínica médica, cirúrgica, obstétrica, tisiológica, psiquiátrica, pediátrica e oncológica. De prende-se daí que muitos destes hospitais realizam contratos em mais de uma especialidade. O maior número de contratos foram reali zados nas especialidades: clínica cirúrgica - 2.591 contratos, clí nica médica - 2.569 contratos e clínica obstétrica - 2.389 contra tos. Conclui-se que aproximadamente 90% dos contratos se concreti zaram nessas três especialidades. Somente 626 contratos foram des tinados à assistência pediátrica.

3.2. Leitos hospitalares contratados

Pela magnitude dos recursos contratados observa-se a grande importância que é reservada ao setor privado quanto à as sistência médica hospitalar, principalmente, quando comparado com

os recursos próprios da Previdência. Em 1979, haviam 41 hospitais próprios para todo o território.

O Quadro III sintetiza a distribuição de hospitais e leitos próprios da Previdência.

QUADRO III

HOSPITAIS E LEITOS - PRÓPRIOS - PREVIDÊNCIA SOCIAL BRASIL E GRANDES REGIÕES- 1979

REGIÕES	TOTAL HOSPITAIS	LEITOS HOSPITALARES		LEITOS COMPLEMENTARES*	
		FUNCIONANDO	EXISTENTES	FUNCIONANDO	EXISTENTE
BRASIL	41	7.433	8.111	1.382	1.470
NORTE	-	-	-	-	-
NORDESTE	12	1.915	2.110	386	426
SUDESTE	23	4.741	5.154	822	869
SUL	4	325	378	108	108
CENTRO-OESTE	2	452	469	66	67

* UTI; Repouso (Observação); Berçário/recém-nascido sadio; pré-parto; recuperação pós-anestésica.

FONTE: Boletim de Recursos Disponíveis - Próprios - Hospitalar.

Do total de 9.581 leitos existentes (hospitalares e complementares), 92% estão funcionando. Em contrapartida, são contratados 192.939 leitos do setor privado. Em 1978, havia 352.785 leitos em estabelecimentos hospitalares privados. Portanto a Previdência Social mantém contrato com 54,7% do total dos leitos do setor privado, tornando-se o sistema previdenciário o seu maior comprador de serviços.

Os 3.059 hospitais contratados dispunham de um total de 310.718 leitos. O INAMPS mantinha contrato, em 1979, com

192.939 leitos, ou seja, 62,1% dos leitos existentes nos hospitais contratados. Em todas as regiões o INAMPS contrata mais da metade dos leitos existentes nos hospitais nos quais ele mantém contrato.

O Quadro IV apresenta a relação entre leitos contratados e população urbana (Brasil e regiões) em 1979. Foram utilizados os dados de população urbana, em virtude de falta de dados sobre a população beneficiária da Previdência Social.

QUADRO IV

LEITOS CONTRATADOS POR HABITANTES URBANOS BRASIL E GRANDES REGIÕES - 1979

R E G I Õ E S	LEITOS CONTRATADOS		POPULAÇÃO URBANA - 1979 em 1.000	LEITOS CONTRATADOS POR 1000 HABITANTES
	Nº	%		
BRASIL	192.939	100,0	75.177,2	2,57
NORTE	3.525	1,8	2.362,3	1,49
NORDESTE	33.158	17,2	16.582,1	2,01
SUDESTE	95.844	49,7	41.592,4	2,30
SUL	48.253	25,0	10.606,7	4,55
CENTRO-OESTE	12.159	6,3	4.033,7	3,01

FONTE: Boletim de Recursos Disponíveis - Contratados
Sec. Planej. - Deptº Informática - INAMPS/MPAS
Anuário Estatístico do Brasil - 1980 - F.IBGE

Observa-se que a relação de leitos contratados por população urbana no Brasil é de 2,57 leitos por mil habitantes e que a relação mais alta é a da região sul (4,55).

A distribuição desses leitos por especialidade está resumida no Quadro V.

QUADRO V

NÚMERO DE LEITOS CONTRATADOS POR ESPECIALIDADES
BRASIL E GRANDES REGIÕES - 1979

REGIÕES	TOTAL	C.MÉDICA	C.CIRURG.	C.OBSTET.	TISIOL.	PSIQUIAT.	PEDIAT.	ONCOL.
BRASIL	192.939	57.765	38.237	27.089	6.561	42.445	20.132	710
NORTE	3.525	1.089	996	685	101	167	487	-
NORDESTE	33.158	7.880	5.573	4.719	791	8.661	5.354	180
SUDESTE	95.844	25.496	18.125	11.606	4.374	26.118	9.785	340
SUL	48.253	19.992	10.883	7.956	921	5.440	3.003	58
C.OESTE	12.159	3.308	2.660	2.123	374	2.059	1.503	132

FONTE: Boletim de Recursos Disponíveis - Contratados
Sec. Planej. - Deptº Informática - INAMPS/MPAS

Dos 192.939 leitos contratados, 57.765 foram para clínica médica, 42.445 para psiquiátrica, 38.237 para clínica cirúrgica e 27.089 para obstétrica. Somente 20.132 leitos foram contratados para pediatria. O Quadro VI, a seguir, apresenta como estão esses leitos proporcionalmente distribuídos por especialidades.

QUADRO VI

LEITOS CONTRATADOS POR ESPECIALIDADES
BRASIL E GRANDES REGIÕES- 1979
(Em percentual)

REGIÕES	TOTAL	C.MÉDICA	C.CIRURG.	C.OBSTET.	TISIOL.	PSIQUIAT.	PEDIAT.	ONCOL.
BRASIL	100,0	29,9	19,8	14,0	3,4	22,0	10,4	0,4
NORTE	100,0	30,9	28,3	19,4	2,9	4,7	13,8	-
NORDESTE	100,0	23,8	16,8	14,2	2,4	26,1	16,1	0,5
SUDESTE	100,0	26,6	18,9	12,1	4,6	27,3	10,2	0,4
SUL	100,0	41,4	22,6	16,5	1,9	11,3	6,2	0,1
C.OESTE	100,0	27,2	21,9	17,5	3,1	16,9	12,4	1,1

FONTE: Boletim de Recursos Disponíveis - Contratados
Sec. Planej. - Deptº Informática - INAMPS/MPAS

Na região sul, onde estão localizados 25% dos leitos totais contratados pelo INAMPS, 41,4% são para clínica médica, 22,6% para cirúrgica, 16,5% para obstétrica, 11,3% para psiquiátrica e 6,2% para pediátrica.

Na região centro-oeste, que tem 12.159 leitos contratados, 27,2% são para clínica médica, 21,9% para cirúrgica, 17,5% para obstétrica, 16,9% para psiquiátrica e 12,4% para pediátrica.

Observa-se ainda a alta proporção de leitos psiquiátricos contratados (22%), embora as recomendações da OMS sejam para a desospitalização nesta especialidade, enquanto que para pediatria destinam-se apenas 10,4% dos leitos, apesar de a população brasileira estar predominantemente constituída de jovens, e das elevadas taxas de mortalidade e morbidade na infância.

Na região norte, o maior número de leitos contratados foram para clínica médica (30,9%). Na região nordeste, o maior número de leitos contratados destinaram-se às internações psiquiátricas, 26,1% do total; somente no estado de Pernambuco foram contratados 3.040 leitos psiquiátricos, aproximadamente 40% dos leitos contratados no estado.

Também na região sudeste, a maior quantidade de leitos contratados são para psiquiatria, 26.118 leitos, correspondendo a 23,3% do total de leitos contratados na região e equivalente a 13,5% do total de leitos contratados pelo INAMPS para todo o país. Do total de leitos psiquiátricos contratados no sudeste, 50,4% estão localizados em São Paulo e 34,4% no Rio de Janeiro.

3.3. Utilização dos serviços hospitalares contratados

A Previdência Social oferece serviços de assistência médico-hospitalar através de três modalidades: em hospitais próprios, hospitais contratados e através de convênios. O Quadro VII a se-

guir demonstra a evolução das internações urbanas através do sistema próprio, contratados e convênios da Previdência Social bem como o número de consultas médicas ambulatoriais, no período 1971-79.

QUADRO VII

INTERNAÇÕES HOSPITALARES E CONSULTAS MÉDICAS
PREVIDÊNCIA SOCIAL - CLIENTELA URBANA
(1971 - 1979)

ANO	INTERNAÇÕES	VARIAÇÃO ANUAL DE INTERNAÇÕES	CONSULTAS MÉDICAS	CONSULTAS MÉDICAS POR INTERNAÇÕES
1971	2.931.589		44.688.476	15,24
1972	3.405.906	16,18%	47.795.509	14,03
1973	3.708.051	8,87%	48.633.991	13,12
1974	4.082.702	10,10%	52.143.086	12,77
1975	5.386.738	31,94%	82.369.197	15,29
1976	6.744.658	25,21%	105.477.691	15,64
1977	6.893.850	2,21%	118.860.264	17,24
1978	7.781.188	12,87%	130.012.551	16,71
1979	8.535.168	9,69%	137.135.797	16,07

FONTE: Boletim Estatístico de Resumo de Movimento de Acompanhamento de Convênios.

Verifica-se que o crescimento do número de internações hospitalares da população urbana na Previdência Social no período 1971-79 foi bastante heterogêneo. Houve um acréscimo bastante significativo nos anos 1975 e 1976, para decrescer em 1977. O acréscimo de internações no período 76/77 foi somente de 2,21%, muito pequeno se comparado aos dois anos anteriores: no período 74/75 foi de 31,94%; e no 75/76 de 25,21%. Esta queda brusca no incremento do número de internações coincide com o período da implantação do controle de contas hospitalares (SNCPCH), pela Previdência Social, através da DATAPREV.

O Quadro VIII, abaixo, apresenta o número de internações urbanas, da rede hospitalar da Previdência Social e a respectiva participação da rede própria, contratada e convênios.

QUADRO VIII

INTERNAÇÕES URBANAS NA PREVIDÊNCIA SOCIAL
(1975 - 1979)

ANO	TOTAL INTERNAÇÕES	PARTICIPAÇÃO % - PRÓPRIO	PARTICIPAÇÃO % - CONTRAT.	PARTICIPAÇÃO % CONVÊNIOS
1975	5.386.738	3,4	91,5	5,1
1976	6.744.658	2,6	91,6	5,7
1977	6.893.850	3,1	90,3	6,6
1978	7.781.188	3,3	89,8	7,0
1979	8.535.168	2,8	89,7	7,5

FONTE: Boletim Estatístico de Resumo de Movimentos Nosocomial e de Acompanhamento de Convênios.

Dos serviços de assistência médico-hospitalar oferecidos pela Previdência Social, aproximadamente 90% são produzidos pela rede hospitalar privada contratada. Está havendo, no decorrer do período, um moderado acréscimo na participação dos serviços executados através de convênios. Em 1979 as internações nos hospitais próprios da Previdência Social, não atingiu 3% do total das internações.

Os quadros de números IX a XIII, a seguir apresentam os totais de internações no período 1975-79, por especialidade médica, e a distribuição percentual entre serviços próprios, contratados e convênios da Previdência Social.

QUADRO IX

INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR ESPECIALIDADES
CLIENTELA URBANA - 1975

ESPECIALIDADES	TOTAL	PRÓPRIOS %	CONTRATADOS %	CONVÊNIOS %
Médica	2.539.619	1,0	94,3	4,7
Cirúrgica	1.162.055	7,8	85,7	6,5
Obstétrica	1.390.584	4,3	90,6	5,0
Psiquiátrica	251.104	-	97,4	2,6
Tisiológica	41.731	10,4	80,6	8,9
Oncológica	1.702	100,0	-	-
T O T A L	5.386.738	3,4	91,5	5,1

FONTE: Boletim Estatístico de Resumo de Movimento Nosocomial
e de Acompanhamento de Convênios.

QUADRO X

INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR ESPECIALIDADES
CLIENTELA URBANA - 1976

ESPECIALIDADES	TOTAL	PRÓPRIOS %	CONTRATADOS %	CONVÊNIOS %
Médica	3.305.571	0,7	94,0	5,2
Cirúrgica	1.144.829	6,1	87,1	6,7
Obstétrica	1.651.979	3,5	89,9	6,6
Psiquiátrica	294.983	-	98,5	1,5
Tisiológica	45.193	10,5	80,7	9,1
Oncológica	2.013	100,0	-	-
T O T A L	6.744.658	2,6	91,6	5,7

FONTE: Boletim Estatístico de Resumo de Movimento Nosocomial
e de Acompanhamento de Convênios.

QUADRO XI

INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR ESPECIALIDADES
CLIENTELA URBANA - 1977

ESPECIALIDADES	TOTAL	PRÓPRIOS %	CONTRATADOS %	CONVÊNIOS %
Médica	3.285.170	0,8	93,5	5,7
Cirúrgica	1.385.698	8,8	83,5	7,8
Obstétrica	1.856.037	3,3	88,7	9,0
Psiquiátrica	320.734	-	98,5	1,5
Tisiológica	43.536	12,8	71,5	15,7
Oncológica	2.675	100,0	-	-
T O T A L	6.893.850	3,1	90,3	6,6

FONTE: Boletim Estatístico de Resumo de Movimento Nosocomial
e de Acompanhamento de Convênios.

QUADRO XII

INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR ESPECIALIDADES
CLIENTELA URBANA - 1978

ESPECIALIDADES	TOTAL	PRÓPRIOS %	CONTRATADOS %	CONVÊNIOS %
Médica	3.843.937	1,1	92,9	6,1
Cirúrgica	1.487.425	8,1	83,4	8,5
Obstétrica	2.054.311	4,1	87,5	8,4
Psiquiátrica	353.649	-	99,0	1,0
Tisiológica	38.898	-	-	-
Oncológica	2.898	100,0	-	-
T O T A L	7.781.188	3,3	89,8	7,0

FONTE: Boletim Estatístico de Resumo de Movimento Nosocomial
e de Acompanhamento de Convênios.

QUADRO XIII
 INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR ESPECIALIDADES
 CLIENTELA URBANA - 1979

ESPECIALIDADES	TOTAL	PRÓPRIOS %	CONTRATADOS %	CONVÊNIOS %
Médica	4.276.368	1,1	92,3	6,7
Cirúrgica	1.610.488	6,5	84,6	9,0
Obstétrica	2.236.463	3,7	87,4	8,9
Psiquiátrica	371.901	-	98,9	1,1
Tisiológica	36.556	12,5	69,7	17,8
Oncológica	3.452	100,0	-	-
T O T A L	8.535.168	2,8	89,7	7,5

FONTE: Boletim Estatístico de Resumo de Movimento Nosocomial e de Acompanhamento de Convênios.

Analisando-se comparativamente os dados de internações hospitalares na Previdência Social, nos anos de 1975 e 1979 (quadros XIX e XIII), observa-se um acréscimo geral de 58,5%: de 5.386.738 para 8.535.168 internações no total. Este incremento percentual foi de 68,4% em clínica médica; 60,8% em obstetria; 48,1% em psiquiatria; 38,6% em cirurgia e 102,1% em oncologia (em 1975 ocorreram 1.702 internações em oncologia e em 1979, 3.452). Na especialidade tisiologia houve um decréscimo de 12,4% nas internações, explicado pela ênfase das recomendações do OMS para que os casos da especialidade sejam solucionados no âmbito ambulatorial.

A participação das internações nos hospitais contratados na especialidade "Clínica Médica" varia de 94,3% em 1975 a 92,3% em 1979. Este decréscimo corresponde ao aumento da participação dos serviços através de convênios, que vem sendo incrementado nos últimos anos, principalmente com hospitais universitários (5,1% em 1975 para 7,5% em 1979).

Os hospitais contratados são responsáveis por aproximadamente 85% da produção dos serviços de "clínica cirúrgica", no período 1975-79.

Na "clínica obstétrica", os hospitais da Previdência Social são responsáveis por menos de 5% das internações, cabendo-lhes os casos que requerem um atendimento especializado.

A especialidade "psiquiátrica" é basicamente prestada através dos hospitais contratados; os hospitais próprios da Previdência não atuam nesta especialidade a nível de internação; e os conveniados são responsáveis por apenas 1% das internações totais.

O Quadro XIV apresenta a distribuição das internações hospitalares em hospitais contratados por clínicas e regiões, em 1979. De acordo com o quadro XIV, verifica-se que em 1979 foram realizadas 7.655.638 internações nos hospitais contratados pelo INAMPS. Considerando-se a população urbana total do Brasil, estimada para este ano, a relação de internações seria de 10,18%. Do total dessas internações 3.946.129 (51,5%) foram em clínica médica, com uma média de permanência de 6,9 dias.

A clínica cirúrgica produziu 1.361.556 internações, correspondendo a 17,8% do total. Foram realizadas, em 1979, 1.354.368 operações, das quais 26,8% de grande porte, 59,2% de médio porte e 14,0% de pequeno porte, sendo a média de permanência na clínica cirúrgica de 6,4 dias.

QUADRO XIV

INTERNAÇÕES NOS HOSPITAIS CONTRATADOS

CLIENTELA URBANA

BRASIL E GRANDES REGIÕES - 1979

REGIÕES	TOTAL DE INTERNAÇÃO		CLÍNICA MÉDICA	CLÍNICA CIRÚRGICA	CLÍNICA OBSTÉTRICA	CLÍNICA PSIQUIÁTRICA	CLÍNICA FISIOLÓGICA
	ABSOLUTO	%					
BRASIL	7.655.638	100,0	3.946,129	1.361.556	1.954.616	367.864	25.473
NORTE	172.041	2,2	83.696	36.540	50.218	1.384	203
NORDESTE	1.198.228	15,7	589.015	200.077	333.082	71.912	4.142
SUDESTE	3.940.877	51,5	1.903.021	744.571	1.045.967	229.502	17.816
SUL	1.772.214	23,1	1.029.736	297.376	398.480	44.034	2.588
CENTRO-OESTE	572.278	7,5	340.661	82.992	126.869	21.032	724

FONTE: Boletim Estatístico de Resumo de Nosocomial

No que se refere à clínica obstétrica, a distribuição de atendimentos entre a rede própria e contratada, destacando a relação entre cesarianas e total de partos, é apresentada no Quadro XV.

QUADRO XV

TOTAL DE PARTOS E CESARIANAS - 1979

R E G I Õ E S	TOTAL GERAL PARTOS		CESARIANAS		% CESAR./TOT.PARTOS	
	PRÓPRIO	CONTRATADO	PRÓPRIO	CONTRATADO	PRÓPRIO	CONTRATADO
BRASIL	55.137	1.490.860	9.630	446.185	17,5	30,0
NORTE	-	37.884	-	13.406	-	35,4
NORDESTE	21.152	275.094	2.931	62.623	13,9	22,8
SUDESTE	32.101	784.926	6.300	256.526	19,6	32,7
SUL	673	289.229	103	80.542	15,3	27,8
CENTRO-OESTE	1.211	103.727	296	33.088	24,4	31,8

FONTE: Boletim Estatístico de Resumo de Movimento Nosocomial e de Acompanhamento de Convênios.

A clínica obstétrica, responsável por 25,5% das internações totais realizadas pelos hospitais contratados, assistiu 1.490.860 partos, dos quais 30% foram cesárias, enquanto que nos hospitais próprios da Previdência, esta relação foi de 17,5%.

Na região norte, a clínica obstétrica foi responsável por 29,2% das internações correspondendo a 37.884 partos dos quais 13.406 foram casarianas, dando uma relação de 35,4%, sendo este o maior percentual do Brasil.

No nordeste, 27,8% das internações foram em obstetrícia. Do total de 275.094 partos, atendidos pela rede contratada, 22,8% foram cesarianas. Observa-se que a relação de cesarianas nos serviços próprios da Previdência foi de 13,9%. Em ambas as modalidades de serviço, próprios e contratados, a incidência de cesárias, na região nordeste é a menor apresentada no Brasil.

Na região sudeste, a clínica obstétrica representa 26,5% das internações, onde as cesarianas representam 32,7% dos partos (256.526 cesárias) atendidas pela rede contratada.

No sul, a clínica obstétrica participa em 22,5% de 80.542 partos atendidos pela rede contratada, dos quais 27,8% são cesárias.

Na região centro-oeste, 22,2% das internações são em obstetrícia com um total de 103.727 partos atendidos pela rede contratada, dos quais 31,8% são cesárias.

O Quadro XVI apresenta a situação geral da assistência médica às populações urbanas em 1979, por serviço prestado e por modalidade de prestação de serviço. Para facilitar a análise, os serviços complementares foram desdobrados em duas categorias: na primeira eletrocardiogramas, eletroencefalogramas, fisioterapia e outros ; na segunda curativos, vacinas e injeções. Os números para cada subcategoria aparecem no quadro XVI entre parênteses.

QUADRO XVI

ASSISTÊNCIA MÉDICA: INTERNAÇÕES - CONSULTAS - SERVIÇOS
SERVIÇOS PRÓPRIOS - CONTRATADOS - CONVÊNIOS
CLIENTELA URBANA - 1979

ESPECIFICAÇÃO	TOTAL		PRÓPRIO		CONTRATADO		CONVÊNIO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
• INTERNAÇÕES HOSPITALARES	8.535.168	100,0	240.098	2,8	7.655.638	89,7	639.432	7,5
• CONSULTAS AMBULATORIAIS	137.135.797	100,0	52.077.636	38,0	46.812.946	34,1	38.245.215	27,9
• SERVIÇOS COMPLEMENTARES	68.429.435	100,0	18.580.819	27,2	35.591.160	52,0	14.257.456	20,8
Eletrocard., eletroenc., fisiot. e outros	(36.063.626)	100,0	(6.506.303)	(18,0)	(23.436.485)	(65,0)	(6.120.838)	(17,0)
Curativos, vacinas e Injeções	(32.365.809)	100,0	(12.074.516)	(37,3)	(12.154.675)	(37,6)	(8.136.618)	(25,1)
• EXAMES RADIOGRÁFICOS	15.895.325	100,0	2.506.876	15,8	10.572.430	66,5	2.816.019	17,7
• EXAMES DE PATOLOGIA	43.232.134	100,0	7.856.458	18,2	26.687.819	61,7	8.687.857	20,1

FONTE: Boletim Estatístico de Resumo de Movimento Nosocomial de Acompanhamento de Convênios.

Analisando o quadro XVI, observa-se que os serviços contratados são responsáveis por 89,7% das 8.535.168 internações, e 34,1% do total das consultas ambulatoriais. Apesar de os serviços contratados serem responsáveis por 52,0% dos serviços complementares, observa-se ao desdobrar estes serviços em duas subcategorias que na primeira (eletrocardiograma, eletroencefalograma, fisioterapia e outros) os contratados são responsáveis por 65,0%, enquanto que na segunda categoria (curativos, vacinas e injeções) apenas por 37,6%.

Os serviços contratados produzem 66,6% do total de exames radiográficos e 61,7% dos exames de patologia.

Os dados apresentados no quadro XVII objetivam uma análise comparativa entre as três modalidades de prestação de serviços: próprios, contratados e convênios, quanto à relação entre consultas médicas e outros serviços e formas de consulta médica.

QUADRO XVII

RELAÇÃO ENTRE CONSULTAS E OUTRAS FORMAS DE SERVIÇOS À CLIENTELA URBANA: SERVIÇOS PRÓPRIOS, CONTRATADOS E CONVÊNIOS - 1979

ESPECIFICAÇÃO	TOTAL	PRÓPRIO	CONTRATADO	CONVÊNIO
CONS/INT.	16,06	216,90	6,11	59,81
INTERNAÇÕES/100 CONSULTAS	6,22	0,46	16,35	1,67
SERVIÇOS COMPLEMENTARES/ 100 CONSULTAS	49,89	35,68	76,02	37,28
* (Eletrocardiograma, eletroencefalograma, fisioterapia e outros) POR 100 CONSULTAS	26,30	12,49	65,84	16,00
* (curativos, vacinas, injeções) POR 100 CONSULTAS	23,60	23,19	25,96	21,27
EXAMES RADIOGRÁFICO POR 100 CONSULTAS	11,59	4,81	22,58	7,36
EXAMES DE PATOLOGIA POR 100 CONSULTAS	31,52	15,09	57,01	22,72

Observa-se que os serviços contratados estão predominantemente voltados para assistência médica hospitalar, pois que enquanto os serviços próprios realizam 0,46 internações para cada 100 consultas e os por convênio 1,67, os serviços contratados fazem 16,35 internações em cada 100 consultas.

4. Recursos Financeiros Previdenciários para a Assistência Médica

A Previdência Social destina significativa parcela de seus recursos financeiros, para a prestação dos serviços de assistência médica. Nesta seção são examinadas as fontes e usos desses recursos.

4.1. Fontes de financiamento de Previdência Social

O custeio global da Previdência é atendido basicamente por contribuições: dos segurados em geral, 8% do respectivo salário de contribuição, nele integradas as importâncias recebidas a qualquer título; do segurado facultativo autônomo, 16% do respectivo salário de contribuição; das empresas em geral, uma quantia igual à estipulada para os segurados a seu serviços; e da União.¹⁴

O Quadro XVIII apresenta a evolução da receita da Previdência Social, no período 1971-78 por fonte financiadora.

¹⁴ Lei Orgânica da Previdência Social.

O Tesouro Nacional deveria contribuir com dotação própria do seu orçamento, suficiente para complementar a dotação relativa às despesas de Administração e mais a parcela destinada à amortização e juros correspondentes à dívida da consolidação da União, para com a Previdência Social.

As contribuições da União e o produto da amortização e dos juros da dívida consolidada constituem o Fundo de Liquidez da Previdência Social (FLPS).

QUADRO XVIII

EVOLUÇÃO DA RECEITA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL POR FONTE DE FINANCIAMENTO
(1971-1978)

Em Cr\$ 1.000,00

ANO	RECEITA TOTAL	RECEITAS DE CONTRIBUIÇÕES	PART. %	RECEITAS DA UNIÃO	PART. %	OUTRAS RECEITAS	PART. %
1971	11.502.636	10.009.832	87,02	888.121	7,72	604.683	5,26
1972	15.663.410	13.739.023	87,71	1.185.470	7,57	740.917	4,73
1973	22.277.856	19.841.319	89,06	1.462.480	6,56	974.057	4,37
1974	31.927.255	28.963.659	90,72	1.717.970	5,38	1.245.626	3,90
1975	48.775.588	43.853.511	89,91	2.336.678	4,79	2.585.399	5,30
1976(1)	78.046.116	70.100.955	89,82	3.825.930	4,90	4.119.231	5,28
1977	120.469.280	109.481.795	90,88	7.233.291	6,00	3.754.194	3,12
1978(2)	168.851.700	149.441.876	88,50	9.400.000	5,57	10.009.824	5,93

NOTA: (1) Não foi incluído em "outras Receitas" e no "Total da Receita" a parcela correspondente ao "Saldo de Exercício Anteriores", no valor de Cr\$ 3.160.355.423,00.

(2) Dados orçados.

FONTES: Balanços Gerais do INPS

Orçamento do Instituto Nacional de Previdência Social - 1978 - D.O. 19/01/78.

Observando a composição da receita da Previdência Social entre 1971 a 1978, verifica-se que aproximadamente 90% da receita total é originária dos "contribuintes". Verifica-se também um declínio no percentual de participação das transferências da União até 1975. Fica evidente, portanto, a baixa participação da União no financiamento da Previdência Social.

No item "outras receitas" que engloba as receitas patrimoniais e de capital corresponderam no período observado um valor máximo de 5,93% da receita total.

Pode-se afirmar que o suporte financeiro da Previdência Social e, conseqüentemente, da assistência médica previdenciária tem sido as contribuições dos empregados e empregadores. Das contribuições dos empregados e empregadores para a Previdência Social, pode-se considerar como um tributo direto a contribuição do empregado, enquanto a contribuição do empregador não é deduzida do lucro e sim acrescida ao preço de bens e serviços, sendo portanto transferida para a população consumidora em geral.

De acordo com padrões internacionais de financiamento, os governos contribuem em média com 40% dos recursos previdenciários, chegando alguns deles a financiar até 65%.¹⁵ No Brasil, entretanto a participação da União foi de 5,57% em 1978, tendo apresentado no período observado uma tendência decrescente.

Em suma, são os assalariados e o público em geral que arcam direta ou indiretamente com o financiamento da Previdência Social e, conseqüentemente, com o financiamento dos serviços médicos da Previdência.

¹⁵ MONDANESI, M. et all - Encargos trabalhistas e absorção de mão-de-obra, IPEA, RJ, 1972.

4.2. Uso dos recursos financeiros

É inegável a significativa expansão da assistência médica na Previdência Social, principalmente a partir da década de 1970, motivada pelo Plano de Pronta Ação (PPA) e pelo crescente número de contratos da Previdência Social com o setor privado. Como consequência, registra-se uma expansão nos dispêndios com a medicina curativa individual oferecida pela Previdência.

O orçamento da Previdência Social é o segundo orçamento do País a nível de volume de recursos, só ultrapassado pelo da União.¹⁶

Até 1978, os recursos financeiros da Previdência Social, estavam alocados ao então INPS, englobando quatro grandes programas: Administração, Saúde, Assistência e Previdência. De acordo com o quadro XIX, observa-se que mais de 60% dos recursos financeiros tem sido destinados ao Programa Previdência e que o Programa Saúde é contemplado no período 1967/78 com recursos que variam entre 24 a 30% do orçamento global da Previdência Social.

¹⁶ Em 1977 o orçamento da União estava previsto em Cr\$ 229.894.000.000,00 (recursos do Tesouro) e o da Previdência Social em Cr\$ 118.849.380.000,00 equivalentes à 51,70% do orçamento da União.

QUADRO XIX
EVOLUÇÃO DA DESPESA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
E PARTICIPAÇÃO NAS DESPESAS POR PROGRAMA
(1967-1978)

ANO	TOTAL DA DESPESA PREVIDÊNCIA SOCIAL EM Cr\$1.000,00	PARTICIPAÇÃO DOS PROGRAMAS NA DESPESA TOTAL			
		ADMINISTRAÇÃO	SAÚDE	ASSISTÊNCIA	PREVIDÊNCIA
1967*	2.680.842				
1968*	4.718.974				
1969*	6.313.965				
1970	8.748.208	7,5	26,8	0,4	65,2
1971	11.120.722	7,9	25,4	0,5	66,1
1972	15.143.190	6,8	24,0	0,5	68,3
1973	19.736.259	6,6	26,0	0,5	66,4
1974	28.525.241	6,8	25,0	0,5	67,1
1975	45.433.718	7,7	26,7	0,6	64,2
1976	78.482.478	7,6	30,0	1,0	60,8
1977	118.849.389	6,4	27,0	0,9	65,1
1978**	169.000.000	9,3	26,6	1,2	62,9

FONTES: * Anuário Estatístico do Brasil - FIBGE
Balancos Gerais do INPS
** Orçamento do INPS

A partir de 1978, com a criação do SINPAS, cada órgão componente do sistema tem seu próprio orçamento.

O INAMPS inclui quatro programas em seu orçamento: Administração, Saúde, Assistência e PASEP. Pela leitura do Quadro XX observa-se que aproximadamente 90% dos recursos do INAMPS são destinados ao Programa Saúde nos últimos três anos.

QUADRO XX

EVOLUÇÃO DA DESPESA DO INAMPS E PARTICIPAÇÃO NAS DESPESAS POR PROGRAMA

ANOS	DESPESA TOTAL INAMPS EM Cr\$1.000,00	P R O G R A M A S			
		ADMINIST.	SAÚDE	ASSIST.	PASEP
1979	93.660.000	9,02	89,90	0,28	0,80
1980	175.000.000	6,09	93,30	-	0,61
1981	289.500.000	5,64	92,75	0,95	0,66

FONTE: Orçamentos do INAMPS

No Quadro XXI a distribuição percentual das despesas do INAMPS com o programa saúde é apresentada por quatro categorias: assistência médica, assistência a acidentados, despesas de capital e sobrecarga administrativa.

Dos recursos destinados ao Programa Saúde, mais de 90% são para assistência médica, sendo que a participação de despesas de capital no programa saúde foi decrescente, não atingindo nos últimos três anos nem 1% do orçamento do INAMPS.

QUADRO XXI
EVOLUÇÃO DA DESPESA COM O PROGRAMA SAÚDE
(1970-1981)

Em Cr\$ 1.000,00

ANO	TOTAL DESPESA SAÚDE	PARTICIPAÇÃO NA DESPESA TOTAL EM %			
		ASSIST. MÉDICA	ASSIST. MED. A ACIDENTA- DOS	DESP. DE CAPITAL	SOBRECARGA ADMINISTRAT.
1970	2.344.640	91,8	4,4	1,6	2,1
1971	2.828.160	91,2	5,1	1,0	2,0
1972	3.662.368	90,6	6,0	1,3	2,0
1973	5.194.168	91,1	5,7	1,4	1,8
1974	7.194.882	90,7	6,1	1,3	2,0
1975	12.292.154	90,0	5,2	2,5	2,3
1976	23.827.500	91,0	3,9	3,4	1,8
1977	32.435.766	91,8	4,1	2,3	1,8
1978*	45.020.898	93,9	4,5	1,6	-
1979*	84.206.377	95,7	4,7	0,7	-
1980*	163.273.812	92,8	2,9	0,9	2,6
1981*	268.524.790	95,4	2,8	0,8	1,0

FONTES: Balanços Gerais do INPS

* Orçamentos INPS e INAMPS

O Quadro XXII apresenta a evolução de despesa com assistência médica na Previdência e o orçamento do Ministério da Saúde, com o objetivo de analisar comparativamente, o gasto em medici na curativa e medicina preventiva. Observa-se bastante limitada em todos os anos a participação dos gastos em medicina preventiva.

QUADRO XXII

DESPESA COM ASSISTÊNCIA MÉDICA NO INAMPS E
ORÇAMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
(1970-1980)

Em Cr\$ 1.000,00

ANO	DESPESA COM ASSISTÊN CIA MÉDICA (*) INAMPS	ORÇAMENTO M.S. (Recursos do Tesouro)	ASSISTÊNCIA MÉDICA/ ORÇAMENTO MIN.SAÚDE
1970	2.152.946	316.709	14,71
1971	2.599.593	354.451	13,63
1972	3.319.455	400.185	12,06
1973	4.730.225	476.200	10,07
1974	6.521.846	581.653	8,92
1975	11.058.894	1.456.884	13,17
1976	21.660.701	2.176.000	10,05
1977	29.773.676	3.918.000	13,16
1978	42.254.793	5.554.210	13,14
1979(1)	80.553.518	8.120.000	10,08
1980(1)	152.747.989	11.527.100	7,55

* Foram consideradas despesas com assistência médica: assistência hospitalar, assistência ambulatorial, assistência médica (serviços próprios, contratados e convênios) e serviços básicos de saúde. Excluiu-se: construção e expansão de unidades hospitalares e ambulatoriais, assistência médica ao acidentado do trabalho, manutenção da rede distribuidora de medicamentos.

(1) Dados Orçados

FONTES: Balanços INPS
Orçamentos Ministério da Saúde
Orçamentos do INAMPS

Trabalhando-se com a comparação entre gastos orçados e execução orçamentária, elaborou-se o Quadro XXIII, onde pode ser observado que as despesas realizadas atingiram 98% do previsto.¹⁷ O programa saúde gastou efetivamente 0,64% além do previsto no orçamento reformulado.

QUADRO XXIII
DESPESA PREVISTA E REALIZADA
INAMPS - 1979

Em Cr\$ 1.000,00

PROGRAMAS	ORÇADO	REALIZADO
TOTAL	<u>93.660.000</u>	<u>91.791.028</u>
ADMINISTRAÇÃO	8.445.476	8.260.189
SAÚDE	84.206.377	82.742.846
ASSISTÊNCIA	261.295	213.755
PASEP	746.851	574.238

FONTE: Orçamento (reformulado: dez./79) INAMPS
Balanço Geral do INAMPS/1979

A distribuição das despesas do programa saúde é apresentada no Quadro XXIV. Observa-se que 33,85% do gasto com o programa saúde destinaram-se à assistência ambulatorial e que os gastos com assistência hospitalar nas especialidades clínica médica, cirúrgica e obstétrica somam 47,07% do total. Os itens assistência fisiológica e psiquiátrica não estão especificados em ambulatorial e hospitalar.

Pode-se observar ainda que são bastante escassos os recursos financeiros destinados à assistência odontológica (2%) e ao treinamento e capacitação de recursos humanos na área de saúde, (0,04%).

¹⁷ Em 1979, o INAMPS teve seu orçamento reformulado. A última reformulação ocorreu em 28 de dezembro de 1979, através da Portaria do MPAS nº 1.976. Publicada no D.O. de 02/02/1980.

QUADRO XXIV

GASTOS DA SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
PROGRAMA SAÚDE - INAMPS - 1979

ESPECIFICAÇÃO	DESPESA REALIZADA Cr\$ 1.000,00	%
Administração Específica de Assistência Médica	1.530.720,5	1,83
Assistência Farmacêutica	917.014,5	1,09
Assistência Odontológica	1.678.109,2	2,00
Assistência Médica ao Acidentado	2.613.362,1	3,11
Assistência Ambulatorial	28.448.996,4	33,85
Assistência Tisiológica	698.112,7	0,84
Assistência Psiquiátrica	3.764.400,7	4,47
Assistência Médica em Geral	4.213.223,8	5,02
Assistência Hospitalar Clínica Médica	13.929.036,3	16,57
Assistência Hospitalar Cirúrgica	19.643.773,9	23,54
Assistência Médica Hospitalar Maternidade	5.987.147,8	7,13
Treinamento	30.186,2	0,04
Construção e Expansão Unidades Hospitalares	186.411,4	0,21
Construção e Expansão Unidades Ambulatoriais	387.479,9	0,46
T O T A L	84.027.975,4	100,0

FONTE: Balanço Geral do INAMPS - 1979

No Quadro XXV está apresentada a distribuição dos gastos em saúde do INAMPS pelas grandes regiões.

QUADRO XXV

GASTOS EM SAÚDE - INAMPS
BRASIL E GRANDES REGIÕES - 1979

R E G I Õ E S	GASTOS REALIZADOS EM SAÚDE	
	EM Cr\$ 1.000,00	%
BRASIL	83.340.833,7	100,00
DIREÇÃO GERAL	1.104.619,8	1,33
NORTE	1.861.922,7	2,24
NORDESTE	13.957.774,2	16,76
SUDESTE	45.708.015,5	54,85
SUL	16.153.085,4	19,38
CENTRO-OESTE	4.555.416,1	5,46

FONTE: Balanço Geral do INAMPS - 1979

Do total de gastos realizado com saúde em 1979, mais de 54,85% foram destinados à região sudeste, 19,38% à região sul. Portanto, estas duas regiões foram responsáveis por 74,23% do gasto total da Previdência Social com saúde. Em contrapartida, o gasto no norte e nordeste não atingiu 19%.

O mesmo padrão de distribuição se repete se trabalharmos com dados sobre gastos em assistência hospitalar cirúrgica, cuja distribuição é mostrada no Quadro XXVI. As regiões sudeste e sul absorveram 73,8% dos gastos em cirurgia em 1979.

QUADRO XXVI
GASTOS EM ASSISTÊNCIA HOSPITALAR CIRÚRGICA
BRASIL E GRANDES REGIÕES - INAMPS - 1979

R E G I Õ E S	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR CIRÚRGICA	
	Cr\$ 1.000,00	%
BRASIL	19.618.754,7	100,0
DIREÇÃO GERAL	412.199,6	2,1
NORTE	397.532,9	2,0
NORDESTE	3.227.041,0	16,5
SUDESTE	10.235.051,0	52,2
SUL	4.242.516,3	21,6
CENTRO-OESTE	1.104.413,9	5,6

FONTE: Balanço Geral do INAMPS - 1979

Quanto à distribuição dos gastos do INAMPS em assistência médica, os serviços comprados a terceiros representaram mais de 80% do gasto em assistência médica de 1977 a 1980, conforme mostra o Quadro XXVII.

QUADRO XXVII
DESPESA COM ASSISTÊNCIA MÉDICA E SERVIÇOS COMPRADOS - INAMPS
(1977/1980)

Em Cr\$ 1.000,00

ANO	DESPESA COM ASSISTÊNCIA MÉDICA*	DESPESAS SERVIÇOS DE TERCEIROS	% SERVIÇOS COMPRADOS
1977	29.773.676	24.331.088	81,7
1978	42.254.793	37.244.080	88,1
1979	80.553.518	69.023.681	85,7
1980	152.747.989	124.076.231	81,2

* Inclui: assistência hospitalar, assistência ambulatorial, assistência médica - serviços próprios, contratados e convênios, serviços básicos de saúde.

FONTE: Orçamento INPS, 1977 e 1978
Orçamento INAMPS, 1979 e 1980.

Em 1981, do total de recursos previstos para assistência médica, Cr\$ 144.102.231.000,00 estão destinados à compra de serviços de assistência médica do setor contratado, o que representa que a Previdência repassa a maior parte dos recursos de assistência médica 57,47% ao setor privado para o pagamento de diárias, taxas, serviços profissionais médicos e outros. Os dados sobre a distribuição dos recursos do INAMPS por programas em 1981 são apresentados no Quadro XXVIII.

Para serviços prestados por órgãos do governo, que estabelecem convênios com a Previdência Social, 9,73 bilhões de cruzeiros, isto é, 3,88% do total previsto para assistência médica, e para Hospitais de Ensino, estão previstos 10,98 bilhões de cruzeiros, 4,38%.

Além do financiamento direto da Previdência Social, o setor hospitalar privado obtém financiamento através do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS).

O FAS foi criado em outubro de 1974 por decisão do Conselho de Desenvolvimento Social como um dos instrumentos de apoio financeiro aos programas e projetos de caráter social. Com recursos administrados pela Caixa Econômica Federal, o FAS desde 1975 tem financiado a construção e ampliação de instalações de hospitais e clínicas de propriedade privada.

Aproximadamente 90% dos projetos financiados pelo FAS são das áreas de Educação e Saúde. Até 1977, 23,1% dos recursos do FAS foram destinados a "saúde" e "previdência", sendo que destes recursos 79,5% foram destinados ao setor privado.¹⁸

¹⁸ Arouca, op. cit., p.348

QUADRO XXVIII

DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS DO INAMPS POR PROGRAMAS
- 1981 -

Cr\$ 1.000,00

E S P E C I F I C A Ç Ã O	T O T A L
ASSISTÊNCIA E PREVIDÊNCIA	<u>289.500.000</u>
ADMINISTRAÇÃO	<u>16.315.210</u>
ADMINISTRAÇÃO GERAL	16.315.210
Coordenação e Manutenção Administrativa	16.315.210
SAÚDE	<u>268.524.790</u>
ASSISTÊNCIA MÉDICA E SANITÁRIA	268.524.790
Construção e Expansão de Unid. Hosp.	575.000
Construção e Expansão de Unid. Ambul.	1.649.790
Manutenção de Assist. ao Acidentado do Trabalho	7.403.736
Assistência Médica - Serviços Próprios	55.699.774
Assistência Médica - Serviços Contrata dos	144.102.231
Participação no Custeio de Assistência Médica Prestada para outros Órgãos Governamentais	9.737.160
Participação no Custeio de Assistência Médica Prestada para Hosp. Univ. e de Ensino	10.984.252
Participação no Custeio de Assistência Médica Prestada para outras Entidades	24.677.047
Participação no Custeio dos Serviços Básicos de Saúde	5.543.000
Manutenção da Rede Dist. Medicamentos	8.152.800
PREVIDÊNCIA	<u>2.756.000</u>
PREVIDÊNCIA SOCIAL A INATIVOS E PENSIONISTAS	2.756.000
Manutenção de Encargos com Inativos e Pensionistas	2.756.000
PROGRAMA DE FORMAÇÃO DO PATRIMÔNIO DO SERVIDOR PÚBLICO	<u>1.904.000</u>

FONTE: Orçamento do INAMPS - Portaria nº 2.416, publicada no D.O. de 2 de fevereiro de 1981.

5. Conclusões

Sendo a saúde um direito do homem, também lhe é inerente o direito aos serviços de saúde e assistência médica, cabendo aos governos garantir o acesso a esses serviços igualitariamente, a toda a população.

Em um país de extensão e heterogeneidade como o Brasil, são flagrantes as desigualdades nas condições de vida e nos níveis de saúde da população. Para as comunidades das regiões mais desenvolvidas, dos centros urbanos e das classes sociais privilegiadas, as condições de vida são melhores. Não só dispõem de recursos de saúde como também apresentam os melhores níveis de saúde. As populações das regiões mais subdesenvolvidas e os grupos humanos marginalizados, conseqüentemente com piores condições de vida e escassos recursos destinados aos serviços de saúde, apresentam altas taxas de mortalidade geral e infantil, sendo o problema de desnutrição a principal causa das altas taxas de mortalidade e morbidade. Apesar de algumas tentativas para solucionar os problemas de saúde no Brasil, a situação da saúde da população não sofreu alterações, pois continuam sendo altas as taxas de mortalidade e ~~morbidade~~, e ainda prevalecem as doenças infecto-contagiosas.

A organização dos serviços de saúde no Brasil não oferece condições para que tal situação seja corrigida, atendendo-se às necessidades das populações descobertas. A dicotomia da assistência médica ficou perpetuada através da Lei do Sistema Nacional de Saúde-SNS, que atribuiu ao Ministério da Saúde as ações preventivas e ao Ministério da Previdência e Assistência Social a assistência médica curativa. Estes serviços de assistência médica são dirigidos à clientela previdenciária, deixando fora do sistema a grande massa da população marginalizada. Os serviços oferecidos pelas secretarias de saúde estaduais e municipais não suprem os hiatos do atendimento previdenciário, em função, principalmente, da carência de recursos disponíveis.

Observa-se que o Sistema Nacional de Saúde, na medida em que dá menos ênfase às ações do tipo preventivo, dá prioridade à as sistência médica individual através dos serviços previdenciários.

A atual organização do SNS não oferece condições para universalizar os serviços de saúde a toda população: é inviável à Previdência estender a todos o tipo de assistência médica que ela oferece - especializada e sofisticada. Isso implicaria em elevados custos, que a Previdência não tem condições de assumir. Os serviços de saúde não são iguais para todos: os mais privilegiados têm acesso aos serviços de assistência médica previdenciária e podem dispor de serviços com tecnologias mais avançadas, principalmente a través da rede hospitalar privada; as populações carentes e marginalizadas não têm acesso nem mesmo aos cuidados básicos de saúde.

A partir da criação do INPS, a Previdência Social expande o seu número de beneficiários, na tendência de universalizar sua cobertura. A criação do INPS é também o marco da expansão da contratação de serviços através da rede hospitalar privada. Esta articulação da Previdência Social com o setor privado consolida a expansão capitalista da rede de serviços e propicia a criação do complexo médico-industrial. O Estado, ao assumir a gestão da assistência médica previdenciária, entrega sua execução ao setor privado.

Com a expansão da oferta de serviços de assistência médico-hospitalar, por parte da rede privada, acentua-se a tendência à hospitalização. Enfermidades que muitas vezes podem ser tratadas em ambulatorios são encaminhadas ao setor hospitalar, situação agudizada no caso de algumas especialidades como a psiquiatria e a tisiologia.

Mais de 90% das internações do paciente beneficiário são realizadas em hospitais privados. Sendo estes serviços contratados por especialidades, isto contribui para que, indiscriminadamente, hospitais e casas de saúde altamente especializados, dispondo de tecnologia avançada, ofereçam a uma determinada clientela serviços

altamente complexos, sofisticados e às vezes desnecessários. Estes serviços podem ser caracterizados como elitistas, enquanto grande parte da população apresenta problemas que podem ser solucionados a través de cuidados simplificados.

A adoção de tecnologia avançada e sofisticada é ainda incentivada pelos critérios adotados pela Previdência Social na contratação dos hospitais. Estes critérios enfatizam a existência de recursos físicos para classificar o hospital contratado, definindo-lhe a categoria.

Com a unificação da Previdência Social, o Estado assume total autonomia sobre a gestão administrativa e financeira, excluindo a participação dos empregados e empregadores nas decisões. Mas, apesar de o Estado ser o gestor dos recursos financeiros, a sua contribuição no custeio da Previdência tem sido mínima, atingindo nos últimos anos só 6% da receita total.

A retribuição pela prestação de serviços contratados é feita mediante o pagamento de diárias, taxas de salas e unidades de serviços profissionais médicos. A modalidade de pagamento através de Unidade de Serviço - US provoca sérias distorções no sistema. Esta modalidade de pagamento induz o médico e demais profissionais a buscar no paciente algo que resulte em lucro. O médico é levado a realizar o tratamento com uma série de "atos médicos", muitas vezes em quantidade superior à realmente necessária, tendo em vista a ta-bela de honorários.

Com a finalidade de negociar os critérios e estipular os valores de pagamento das US, taxas e diárias, a Federação Brasileira de Hospitais, representante da empresa hospitalar privada, mantém atuação ativa junto à Previdência Social.

Com o crescimento dos serviços produzidos pelo setor privado contratado, a Previdência Social montou um mecanismo de controle das contas hospitalares criando a DATAPREV. É um sistema de

computação eletrônica, altamente sofisticado, com custos elevados, que objetiva controlar o aspecto quantitativo dos serviços produzidos pelas casas de saúde contratadas, a fim de agilizar o pagamento das contas hospitalares. Apesar de toda máquina burocrática montada para o controle dos serviços realizados pela rede hospitalar privada contratada, a Previdência não mantém nenhum mecanismo de controle da qualidade destes serviços. A exemplo do que ocorre nos hospitais próprios, a auditoria médica seria um eficiente mecanismo de controle de qualidade dos serviços de assistência médica executados. A participação do usuário no controle dos serviços produzidos seria um mecanismo eficiente, tendo em vista que o usuário tem uma participação muito significativa no financiamento da assistência médica.

Em 1981 a Previdência Social destinou 268,5 bilhões de cruzeiros para a "saúde". Apesar de a nível discursivo a Previdência Social ter caráter redistributivo de renda, os seus recursos estão predominantemente concentrados nas duas regiões mais desenvolvidas do país: Sudeste e Sul. Da mesma forma, os recursos contratados pela Previdência estão alocados nestas regiões.

Considerando a tendência à universalização da cobertura pela Previdência, e tendo em vista a falta de dados sobre o número de beneficiários, tomou-se os dados sobre a população urbana em geral a fim de permitir algumas análises per capita. A adoção deste critério é reforçada tendo em vista que o INAMPS classifica os serviços contratados por clientela urbana, embora saiba-se que em algumas regiões, a população urbana difere quantitativamente, da população beneficiária.

Tomando-se a relação de leitos contratados por habitantes urbanos, o Brasil apresenta uma média de 2,57 leitos por mil habitantes. Enquanto a região sul apresenta uma relação de 4,55 por mil habitantes urbanos, na região norte esta relação cai para 1,49 leitos.

A grande disparidade interregional na distribuição dos leitos contratados por especialidades não parece corresponder às características da demanda, sobretudo tendo em vista que 22% dos leitos contratados são para psiquiatria e 19,8% para cirurgia, enquanto que o número de leitos contratados para pediatria representa uma parcela minoritária, apesar de serem altas as taxas de morbidade e mortalidade infantil e a população do Brasil ser predominantemente constituída de jovens. Portanto, os contratos da Previdência Social com o setor privado são realizados muito mais em função da oferta de leitos já instalados em hospitais e clínicas privadas do que das necessidades da população beneficiária.

O setor privado tem pouca atuação nas especialidades de fisiologia e oncologia. As internações nestas especialidades ocorrem nos hospitais próprios da Previdência Social, pelo fato de o atendimento a doenças crônicas produzir um baixo retorno financeiro.

Na clínica obstétrica, ressalta o elevado número de cesárianas ocorridos nos hospitais privados. Tomando-se os dados de número de cesárias que ocorrem nos hospitais próprios, para efeito de análise comparativa, observa-se que a relação de cesárias é de 17,5% dos partos, e nos serviços contratados é de 30%. Apesar de no ano de 1979 a modalidade de pagamento de US ter sido estabelecida igualmente para parto normal e cesária, esta ainda é uma fonte de ingresso a mais para o setor contratado, pois além do pagamento da US estabelecida para o médico, inclui também o pagamento de anestesista, auxiliar e taxa de sala de cirurgia. A ocorrência do elevado número de cesárias é também agravada pela forma como se dá a prática médica especializada.

Outra característica marcante nos serviços contratados, se comparado com o realizado pelos serviços próprios da Previdência, é o alto consumo de serviços complementares. Enquanto os serviços próprios realizam 35,68 "serviços complementares" (eletrocardiograma, eletroencefalograma, fisioterapia e outros) por 100 consultas, nos contratados esta relação é de 76,02. Nos serviços pró-

prios a média é de 4,81 exames radiográficos e 15 exames de patologia por 100 consultas, enquanto que nos contratados estas relações são de 22,58 e 57,01 respectivamente. Para que o exagero de serviços complementares executados pelo setor contratado não seja confundido com boa qualidade da assistência médica, observa-se que os serviços complementares realizados através de convênios mantêm uma proporção por consulta mais semelhante aos serviços próprios do que aos contratados.

O atual sistema de saúde que vigora no Brasil pode, em síntese, ser caracterizado pela falta de coordenação. entre as várias instituições que o compõem. Muitas vezes ocorrem superposição de programas e atividades e em outras, hiatos que não são preenchidos por nenhuma delas. O sistema perpetua a dicotomia das ações preventivas e curativas, sendo que quase toda a assistência médica realizada no país é feita pela Previdência Social, na sua maioria executada através da rede hospitalar privada. A Previdência está gastando cada vez mais recursos em assistência médica, em benefício de poucos.

Com a conscientização da necessidade de universalizar a assistência médica, ampliando o acesso aos serviços às camadas populacionais desatendidas, o custo tenderá a elevar-se continuamente, a não ser que haja uma reformulação mais ampla no sentido de corrigir as distorções do sistema. Não há uma distribuição equitativa e controlada; a qualidade, além de não ser igualitária, é questionável, já que não há nenhum mecanismo de controle. Principalmente, não há um retorno adequado traduzido em termos de redução de morbidade e mortalidade.

Para que haja mudanças mais amplas é necessário: (a) que o planejamento da área de saúde seja coordenado com os demais setores da sociedade, incluindo a participação comunitária do planejamento e gestão; (b) que haja também uma redefinição na política de assistência médica da Previdência Social. Somente assim, será possível responder afirmativamente às questões levantadas pelo OMS, na

VII Conferência Nacional de Saúde, no sentido de tornar possível a universalização da igualdade e equidade dos serviços, proporcionando do melhores níveis de saúde a toda a população.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
SUBDIREÇÃO DE PESQUISA

Série Cadernos EBAP

- Nº 1 - FORMAÇÃO DO ADMINISTRADOR PÚBLICO: ALTERNATIVAS EM DEBATE - 1980
Bianor Scelza Cavalcanti
- Nº 2 - EM BUSCA DE NOVOS CAMINHOS PARA A TEORIA DE ORGANIZAÇÃO- 1980
Anna Maria Campos
- Nº 3 - TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO GERENCIAL: INFERÊNCIAS SOBRE A EXPERIÊNCIA DAS EMPRESAS ESTATAIS NO BRASIL - 1980
Paulo Roberto Motta
- Nº 4 - ESTRUTURAS ORGANIZACIONAIS - 1980
Luciano Zajdsznajder
- Nº 5 - A INTERVENÇÃO ESTATAL NO SETOR SAÚDE: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A PESQUISA "GASTO PÚBLICO EM SAÚDE" - 1980
Equipe PROASA
- Nº 6 - EDUCAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: RETROSPECTIVA E PERSPECTIVA DA EXPERIÊNCIA NORTE-AMERICANA E REFLEXÕES SOBRE O CASO BRASILEIRO - 1980
Armando Moreira da Cunha
- Nº 7 - PROJETO RIO: ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA DE PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO - 1981
Héctor Atilio Possiese
- Nº 8 - A PROPOSTA DE PARTICIPAÇÃO NA TEORIA GERENCIAL: A PARTICIPAÇÃO INDIRETA - 1981
Paulo Roberto Motta

Nº 9 - PARTICIPAÇÃO NA GERÊNCIA: UMA PERSPECTIVA COMPARADA - 1981
Paulo Roberto Motta

Nº 10 - O RITUAL DA DESBUROCRATIZAÇÃO: SEUS CONTEXTOS DRAMÁTICOS E
REPRESENTAÇÕES - 1981
Maria Eliana Labra

Nº 11 - A ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR DO SISTEMA PREVIDENCIÁRIO
BRASILEIRO ATRAVÉS DE SERVIÇOS CONTRATADOS
Valéria de Souza



000018672



N.Cham. P/EBAP CE 11

Autor Souza, Valeria de.

Título A assistência médico-hospitalar do sistema previdenciár

