

JOSÉ CARLOS SOUZA BRAGA

A QUESTÃO DA SAÚDE NO BRASIL; UM ESTUDO
DAS POLÍTICAS SOCIAIS EM SAÚDE PÚBLICA
E MEDICINA PREVIDENCIÁRIA NO DESENVOL-
VIMENTO CAPITALISTA

B73q

1738/BC



COORDENAÇÃO DOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO

UNICAMP AUTORIZAÇÃO PARA QUE A UNICAMP POSSA FORNECER, A PREÇO DE CUSTO, CÓPIAS DA TESE A INTERESSADOS

Nome do Aluno: **José Carlos de Souza Braga**

NR de Identificação:

Endereço para Correspondência: **DEPE/IPCH/UNICAMP**

Curso: **Economia**

Nome do Orientador: **Luiz Gonzaga de Mello Belluzzo**

Título da Dissertação ou Tese:

Data proposta para a Defesa: **05 a 14 de maio de 1978**

(O Aluno deverá assinar um dos 3 itens abaixo)

1) Autorizo a Universidade Estadual de Campinas a partir desta data, a fornecer, a preço de custo, cópias de minha Dissertação ou Tese a interessados.

1 / 1

Data

assinatura do aluno

2) Autorizo a Universidade Estadual de Campinas, a fornecer, a partir de dois anos após esta data, a preço de custo, cópias de minha Dissertação ou Tese a interessados.

1 / 1

Data

assinatura do aluno

3) Solicito que a Universidade Estadual de Campinas me consulte, dois anos após esta data, quanto à minha autorização para o fornecimento de cópias de minha Dissertação ou Tese, a preço de custo, a interessados.

1 / 1

Data

assinatura do aluno

Em memória de
Dr. Raimundo Araújo dos Santos - Caniço

Este trabalho é, por várias razões, fruto de uma experiência coletiva.

Seu ponto de partida foi uma pesquisa que realizei com Sérgio Goes de Paula, Paulo Cezar, Jaques Kerstenetzky e Eduardo Pereira Nunes, no âmbito do Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde - PESES - promovido pela Financiadora de Estudos e Projetos - FINEP - e pela Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ.

Com Sérgio entendi a importância do estudo do Setor Saúde e esboçamos as primeiras idéias que estão aqui desenvolvidas. Paulo Cezar, Jaques e Eduardo foram auxiliares de pesquisa responsáveis não só pelos levantamentos preliminares como debatedores inteligentes e amigos.

Contribuições importantes foram também as dos companheiros do PESES, especialmente Sérgio Arouca e Jayme Oliveira.

Estimulou-me a amizade e interesse com que Lia na Maria Aureliano, Luiz Gonzaga de Mello Belluzzo, João Manoel Cardoso de Mello e Sonia Miriam Draibe dispuseram-se a discutir e elaborar comigo pontos fundamentais. É consequência desse trabalho a clareza e o rigor com que tenham sido apreendidos aqui, os processos econômicos e políticos da sociedade brasileira.

Meus companheiros de longo tempo como Alonso, Sato, Paulinho, Gonça, Kurki, Lineu, estão também presentes aqui.

Coletivo também, este estudo, porque se inscreve na trajetória dos trabalhos do Departamento de Economia da UNICAMP.

Quero também dizer de minha gratidão intelectual para com Maria da Conceição Tavares, Antonio Castro e Carlos Lessa.

Ao Wilson Cano e Luciano Coutinho agradecer o apoio que sempre me manifestaram.

Candida é de uma solidariedade rara. Agradeço-lhe a perfeição e carinho com que trabalhou.

Márcia, amiga e dedicada aos procedimentos indispensáveis à concretização deste trabalho.

O amor com Bete e Cristiano alegrou este tempo.

Índice

INTRODUÇÃO	i
CAPÍTULO I - Industrialização e políticas de saúde	1
1. A emergência de uma política nacional de saúde (1930-1966)	13
2. Evolução do aparelho de Estado em Saúde Pública	18
3. Duas notas sobre a Saúde Pública nos anos 50/60	25
3.1. Em torno ao debate sobre as formas de atuação médico-sanitária	25
3.2. O gasto em Saúde Pública	33
4. Geração e desenvolvimento da Medicina Previdenciária no Brasil (1930-1966)	40
5. O tipo de gasto com Medicina Previdenciária	45
6. Crise e transformações na Medicina Previdenciária ...	51
CAPÍTULO II - A política estatal em Saúde e a capita- lização da Medicina (1966-1978)	73
1. O gasto estatal em Saúde	77
2. As formas de financiamento	96
3. A determinante do padrão de gasto e da forma de financiamento	102
4. O desenvolvimento do capital no Setor Saúde	107
4.1. O desenvolvimento do capital na prestação de Serviços de Saúde	107
4.2. O financiamento da rede de serviços	132
4.3. Extensão da cobertura, diferenciação do con- sumo e previdência privada	142
4.4. A política governamental relativa à indústria do Setor Saúde	147
5. A política governamental e o desenvolvimento do ca- pital nos Serviços e na Indústria do Setor Saúde	168
6. A crise atual da política de saúde	173
NOTAS	179
BIBLIOGRAFIA	204

Índice das Tabelas

1. O financiamento da campanha anti-malária segundo fontes de recursos - 1958/65	29
2. Recursos à disposição do "SESP" no período 1942/1952	29
3. Dotações orçamentárias regulares do Ministério da Saúde - 1956/75	34
4. Ministério da Saúde - Despesas consolidadas em alguns programas - 1956/69	36
5. Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões 1923/1949	46
6. Evolução da Receita, Despesas, Saldo e Reservas da Previdência Social Brasileira, em valores reais por associado ativo - 1923/1950	47
7. Despesa total e despesa com Assistência Médica consolidada dos IAPs (período 60-66) e do INPS em 1967	52
8. Despesa com Assistência Médica consolidada dos IAPs (período 60-66) e do INPS em 1967	54
9. Capacidade da Rede Hospitalar - 1945/1975	57
Gráficos referentes a despesas com prestações dos ex-IAPs nos períodos 1960-63 e 1964-67 e do INPS em 1967. Proporção das despesas devidas a perda de saúde	58/9
10. INPS - Demonstrativo da consolidação das despesas dos ex-IAPs, no período de 1960/66, e do INPS em 1967, em valores absolutos e em percentual da receita (dupla contribuição) e da despesa geral com prestações	61
11. Evolução dos contribuintes, aposentados e pensionistas da Previdência Social (CAPs, IAPs e INPS), número, taxas de crescimento e como percentual da população total e urbana - 1930/70	64
12. Diferenciação financeira e na prestação de serviço, entre os IAPs - 1960/66	68
13. O gasto público com a Função Saúde - 1965/75 - Administração Direta (exclui autarquias)	78
14. Participação do Ministério da Saúde no orçamento da União - 1961/74	81
15. Gasto Público em Saúde (saneamento) - Administração Direta, INPS e FUNRURAL - 1967/75	83
16. Ministério da Saúde - Recursos Financeiros (70/75) ..	85
17. Evolução dos gastos diretos, por programa - 71/75 ...	86
18. INPS - Despesas correntes do Programa Saúde - 67/76 ...	90
19. INPS - Despesas com Assistência Médica e comparação com o total das despesas e receitas - 1967/76	92
20. FUNRURAL - Receita e Despesa - 1972/76	93

21. INPS - Resumo dos balanços econômicos (retificados) (em % da Receita Total) - 1967/76	98
22. Participação média das fontes de recursos da Previdência Social - 1963	100
23. Estrutura do custeio da Previdência Social - 13 países - 1963	100
24. Número de hospitais, segundo entidade mantenedora 1956/1967	109
25. Distribuição percentual dos médicos, segundo especialidades	114
26. Variação observada na oferta de vagas no 1º ano em escolas de nível superior, no período 1964/74. Número de alunos matriculados e graduados em 1973	118
27. Distribuição dos profissionais de acordo com a situação atual do mercado	119
28. Expansão verificada no número de leitos, de empregos ocupados e correlações quanto a médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais e pessoal de nível intermediário e auxiliar - 1961/71	120
29. Assistência Ambulatorial - Quantidade de consultas (médicas e odontológicas) - Serviços próprios, contratados e conveniados - 1971/76	124
30. Assistência Ambulatorial - Quantidade de serviços diretos (complementares, odontológicos, raio-x, laboratório) - 1971/76	125
31. Assistência Hospitalar - Evolução da quantidade de internações nos hospitais próprios, contratados e conveniados - 1970/76	128
32. Assistência Médica - INPS - Despesas com serviços próprios e não-próprios - 1971/76	130
33. FAS - Evolução dos projetos apresentados, examinados e aprovados, segundo a área social. Posição em 31.08.77 .	134
34. FAS - Propostas de financiamento aprovadas pela Diretoria da CEP. Posição em 31.08.77	134
35. GTE do FAS - Distribuição dos projetos aprovados pelas faixas de crédito, segundo área social. Posição em 30.09.77	136
36. FAS - Evolução dos projetos aprovados por setor - Área de Saúde e Previdência. Posição em 31.09.77	138
37. FAS - Área de Saúde - Evolução dos projetos, por região. Posição em 31.08.77	139
38. GTE do FAS - Propostas aprovadas segundo faixa de crédito, por região - Área de Saúde e Previdência. Posição em 30.09.77	140
39. CEME - Evolução dos recursos dispensados aos programas de modernização: 1974/77	153

40.	CEME - Programa de Produção - Valor produzido, segundo área de fornecimento - 1973/1976	156
41.	CEME - Composição do valor dos medicamentos distribuídos, segundo órgão distribuidor - 1976	158
42.	MPAS - Central de Medicamentos - CEME. Demonstração da Receita por Fontes (composição do FUNCEME) - 72/77 ...	159
43.	Importações de equipamentos, aparelhos e materiais de uso em Serviços de Saúde - 1961/70	163
44.	Indústria de equipamentos, instrumentos e utensílios para uso médico, cirúrgico e laboratorial - Valor da Produção e Investimentos - 1970/73	165

Os estudos acerca da questão da saúde no Brasil revelam a ausência de uma compreensão abrangente, vinculada ao específico processo de desenvolvimento capitalista vivido pelo país.

Os dois aspectos desta questão - o de Saúde Pública e o de Medicina Previdenciária - enquanto políticas do Estado, demandam a análise de suas relações com a evolução da economia e as transformações do Estado.

Por esta razão, apesar de inicialmente movido para o entendimento do "Setor Saúde" montado após a Reforma Previdenciária de 1966, caminhei para uma reconstrução histórica das políticas de saúde, em seus traços básicos, desde a primeira etapa da forma capitalista de produção no Brasil.

Este enfoque conduziu-me também à tentativa de esclarecer o debate sobre as formas alternativas das políticas de saúde, dado que tal debate tem estado, a meu juízo, permeado de equívocos, quaisquer que sejam os matizes ideológicos das análises de onde derivam as "novas" propostas. Apenas para tomar os extremos: de um lado, uma visão tecno

crática cujas pretensões reformistas caem num vazio, já que suas investigações não revelam as forças econômicas e políticas que concretamente estruturam o "Setor Saúde"; e de outro, um certo tipo de idealismo que, centrado numa crítica ligeira à privatização da medicina, vê na "estatização" em si a resolução dos problemas nacionais de saúde, sem indagar-se sobre a natureza dessa "estatização".

A consciência de que este tema remete a problemas relevantes para a forma de viver da população brasileira foi profundamente animadora. O trabalho desenvolve-se da seguinte forma:

Início o Capítulo I caracterizando a emergência da saúde como questão social no Brasil, na primeira fase do desenvolvimento capitalista e avanço identificando os limites das políticas de saúde nas primeiras décadas deste século.

Em seguida demonstro que, a partir de 1930, no surgimento de políticas sociais de corte nacional, nasce e se desenvolve uma política nacional de saúde, ressaltando suas restrições advindas das próprias restrições da industrialização e do Estado prevaletentes.

Analiso, portanto, a evolução do aparelho de Estado em Saúde Pública e em Medicina Previdenciária para, uma vez qualificada a natureza do predomínio da Saúde Pública, elucidar a crise que tem início no fim dos 50 e as transformações que então se esboçam.

No Capítulo II analiso o caráter capitalista do "Setor Saúde" desenvolvido a partir da Reforma da Previdência Social em 1966, numa nova etapa do desenvolvimento capitalista brasileiro. Como primeiro passo, estudo o padrão de gasto estatal e sua forma de financiamento, entendendo estes aspectos como determinantes importantes no direcionamento das políticas de saúde pública e previdenciária, marcado pelo predomínio desta. Ao mesmo tempo compreendo as políticas de saúde no movimento geral das políticas sociais e econômicas do período.

A seguir, analiso os aspectos técnicos, econômicos e financeiros que expressam o desenvolvimento do Capital nos serviços de saúde, procurando, ademais, entender as relações dessa capitalização da Medicina com a política governamental relativa à indústria do "Setor Saúde".

Por fim, procedo a uma discussão dos impasses da política estatal de saúde, a partir de 1974, no contexto da crise político-econômica geral, e do setor em particular.

Capítulo I

INDUSTRIALIZAÇÃO E POLÍTICAS DE SAÚDE

A saúde emerge como questão social (1) no Brasil no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira. É a primeira etapa do desenvolvimento capitalista brasileiro que confere caráter social à questão da saúde e isso se processa em dois níveis: tanto reflete o avanço da divisão do trabalho implícita a essa fase - portanto embrica-se à emergência do trabalho assalariado - quanto, do ponto de vista público, assume forma, ainda que embrionária, de política social.

Assim, o entendimento dessa questão requer, desde logo, a compreensão da estrutura e dinâmica da economia exportadora capitalista cafeeira (2). Tendo seu movimento dominado pelo capital comercial, podemos visualizar esta economia como que desdobrada em dois segmentos, quais sejam: seu núcleo produtivo, ao qual acopla-se um segmento urbano que abriga o conjunto das atividades de financiamento, comercialização, transportes, administração e industriais.

Neste quadro, a análise da questão social de saúde deve contemplar tanto suas determinações urbanas ou rurais quanto as condições próprias do mercado de trabalho e do processo de trabalho que ocorre a nível das empresas agrícolas ou urbano-industriais. Será através desta demarche que ganharão pleno sentido as emergentes políticas públicas "de higiene e saúde", assim como certas práticas empresariais, típicas das primeiras décadas do século XX.

Concretamente, torna-se claro, desta forma, por que os problemas de saúde e as formas de atendimento aparecem, na economia cafeeira, principalmente referidos a:

- a) Endemias e problemas gerais de saneamento nos núcleos urbanos que surgem no processo de acumulação cafeeira;
- b) Estratégia de atração e retenção de mão-de-obra por parte das empresas e do próprio Estado, tendo em vista a escassez relativa de mão-de-obra e as condições de reprodução da força de trabalho.

Vejamos, desde a perspectiva do atendimento, o primeiro destes aspectos.

Tratava-se de saneamento dos portos e núcleos urbanos - como Rio, São Paulo e Santos - vinculados ao segmento comercial-financeiro do complexo exportador e ao capital nascente. Tratava-se também da criação de mínimas condições sanitárias indispensáveis às relações comerciais com o exterior, assim como para o êxito da política de imigração, que objetivava atrair mão-de-obra fundamental para a constituição do mercado de trabalho capitalista.

Ademais, doenças pestilenciais como a cólera, peste bubônica, febre amarela, varíola e as chamadas doenças de massa, isto é, infecciosas e parasitárias, como a tuberculose, lepra e febre tifóide compunham o quadro mórbido fundamental que requeria imediata atenção pública.

Compreende-se assim que Rodrigues Alves, ao assumir a presidência em 1902, lance um amplo programa de obras públicas, contemplando o saneamento do Rio de Janeiro. Oswal-

do Cruz em 1903 inicia o combate à febre amarela urbana já em saiada por Emílio Marcondes Ribas no Estado de São Paulo (3).

Por outro lado, o controle da malária no início do século foi básico na criação de condições econômicas em portos e aglomerados urbanos como Santos, Estado do Rio de Janeiro, Distrito Federal e nas áreas de construção de estradas de ferro em Minas Gerais, no Espírito Santo e na Bahia. Em 1904 promulga-se a lei de vacinação obrigatória contra a variola.

"Em março deste mesmo ano é posta em vigor a nova organização sanitária resultante da ampla reforma dos Serviços Sanitários, efetuada por Oswaldo Cruz e que conferiu à Diretoria Geral de Saúde Pública grande soma de atribuições, reforçando, sobremaneira, as participações do Governo da União na área da saúde" (4).

As campanhas contra a febre amarela, peste bubônica e variola assim como as medidas gerais destinadas à promoção da higiene urbana se verificam através de medidas jurídicas impositivas, no que diz respeito à notificação de doenças, vacinação obrigatória e vigilância sanitária em geral (5).

No seu conjunto, estas medidas relacionadas à saúde pública não ultrapassam os limites de solução imediatas a agudos problemas que, de uma forma ou outra, podem comprometer o processo de acumulação cafeeira. Ou, então, constituem tão somente respostas - ainda insuficientes - aos quadros calamitosos, epidêmicos, que ameaçam a população em geral.

Tais limitações têm sua origem, naturalmente, tanto nas características específicas de nosso processo de desenvolvimento capitalista quanto nas restrições mesmas próprias do Estado Nacional, nesta etapa de sua formação. Tratava-se, como sabemos, da primeira fase de um desenvolvimento capitalista retardatário (6) marcado por incipiente divisão do trabalho, baixo índice de assalariamento e, conseqüentemente, por um restrito mercado de trabalho, a par de elevado grau de concentração regional e baixo poder de difusão de relações mercantis. Essas características se fazem sentir num limitado e descontínuo processo de formação de classes e frações de classes a nível nacional (7). Mais ainda, reflete-se num Estado que, apesar de se querer nacional, possui bases sociais e financeiras estreitas, o que lhe restringe e inibe a capacidade de responder satisfatoriamente aos problemas sociais. Junta-se a isso o baixo poder de barganha dos setores assalariados, decorrente não só de seu embrionário desenvolvimento social, como também de sua ausência da cena política, naquela que foi a estrutura de poder típica da Primeira República(8). Finalmente, acrescente-se também como elemento inibidor, o fato de que, refletindo as características já assinaladas, o poder central tinha sua existência assegurada pela partilha do próprio poder com os distintos estados da federação, o que lhes conferia parcela significativa do controle do aparelho de Estado. Reflexo disso, no plano da saúde, constitui o regulamento da Diretoria Geral de Saúde Pública de 18.03.1914, quando prevê, no seu Artigo 51 que

"... os socorros médicos e de higiene prestados pela DGSP aos Estados terão sempre caráter excepcional, e serão motivados unicamente pelo caso de calamidade pública".

É sabido que a década dos 20 constitui momentos de crise da sociedade brasileira - crise do padrão exportador capitalista e crise do Estado. No quadro desta crise, a problemática da saúde pública no conjunto dos problemas sociais, aflora e passa a constituir também uma das pressões de mandando novas e mais amplas respostas, requerendo fundamentalmente a ruptura das limitações a que nos referimos. Dissemos que a saúde emerge como questão social no Brasil conjuntamente com a emergência do capitalismo. Entretanto será durante a década dos 20, exatamente quando a primeira fase de acumulação capitalista ultrapassa seus próprios limites com o auge da economia cafeeira e, conseqüentemente, aceleração da urbanização e do desenvolvimento industrial, nos marcos de crise política da velha República, será exatamente aí, repetimos, que a questão da saúde ganha novos e mais nítidos contornos.

A partir de agora, as medidas de saúde pública caracterizar-se-ão pela tentativa de extensão de seus serviços por todo o país. A nível do discurso do poder, a questão de saúde ganha uma nova dimensão: ainda que, enquanto problema social, continue a ser vista como "caso de polícia", passa também a ser considerada - ainda a nível do discurso - como uma das atribuições do Estado Nacional. Na verdade, vive-se um momento de transição e os problemas que se colocam estão, na realidade, muito além das possibilidades dadas pela nature

za política e capacidade financeira deste Estado.

De todo modo, a Reforma Carlos Chagas, de 1923 (9) tenta ampliar significativamente, do ponto de vista institucional, o atendimento à saúde por parte do poder central. Vejamos.

Até então, as unidades de saúde pública existentes eram vinculadas aos governos estaduais e voltadas, principalmente, para as capitais e principais cidades do interior. Pretendiam atuar, como nos estados onde o setor saúde estava mais organizado - Pernambuco (10) e Estado do Rio de Janeiro - nas seguintes áreas:

- a) Assistência médica (pronto-socorro, postos de saúde rurais, fiscalização das Santas Casas, etc.)
- b) Assistência materno-infantil
- c) Educação sanitária e higiene industrial
- d) Fiscalização de alimentos, de laboratórios e do exercício da medicina
- e) Orientação alimentar.

O financiamento dessas unidades era basicamente estadual com ínfimas contribuições federais e filantrópicas.

Os serviços de profilaxia rural, em quase todos os estados, mas principalmente no nordeste, não obstante estarem, desde 1919, ligados ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, eram também financiados, fundamentalmente, por verbas dos governos estaduais. No caso da ancilostomose, é im

portante destacar a participação da Fundação Rockefeller, que mantinha vários postos no interior do nordeste (11).

Com a Reforma de 1923, cria-se o Departamento Nacional de Saúde Pública, estabelecendo-se como atribuições federais o saneamento rural e urbano; a propaganda sanitária; a higiene infantil, industrial e profissional; atividades de supervisão e fiscalização; saúde dos portos e do distrito federal e o combate às endemias rurais.

É verdade que essas novas atribuições do aparelho central não entram em vigência, na prática, os problemas de saneamento rural e urbano, e os combates às endemias seguindo sob responsabilidade local. O que nos interessa assinalar é que, se é verdade que prosseguiram as soluções de caráter local, é verdade também que nos anos 20, o arcabouço institucional e o discurso político começam a apontar na direção da centralização e na promoção da questão da saúde em questão nacional.

Consideremos agora o segundo aspecto dos problemas de saúde e de suas formas de atendimento, aquele vinculado à política de empresas. De um ponto de vista mais geral, esta questão vincula-se à formação do mercado de trabalho no interior da economia exportadora, tanto para seu núcleo agrícola quanto para as atividades urbano-industriais.

A escassez relativa de mão-de-obra, na primeira etapa de nosso desenvolvimento capitalista, impôs que a promoção de imigração estrangeira constituísse, necessariamente, uma das primeiras políticas sociais levadas avante pelos capi

talistas, pelo Estado de São Paulo e pelo próprio Estado Nacional. A adoção dessas políticas se impõe mais ainda dadas as precárias condições de trabalho e dado a que o salário real mantinha-se, em geral, perto do nível de subsistência (12 e 13).

Estas práticas de higiene e saúde pública, visando atrair e reter a mão-de-obra eram tanto iniciativas públicas quanto estratégias das empresas maiores, que adotavam medidas de proteção e recuperação da saúde de seus trabalhadores, bem como ofereciam outros benefícios e auxílio de previdências social. Dean assinala, por exemplo:

"Até certo ponto, os empresários paulistas suplementavam a remuneração inferior dos trabalhadores com vários benefícios. Há testemunhos da existência de creches e jardins de infância, armazéns, igrejas e restaurantes de companhias, casas fornecidas pelos empregadores e assistência médica".

Após referir-se aos dadivosos benefícios oferecidos pela empresa textil Votorantim, distante alguns quilômetros de Sorocaba-São Paulo, ele comenta:

"Não transparece desses relatos, todavia, que a administração dirigisse tais serviços com prejuízo. A folha de pagamentos da fábrica parece ter sido consideravelmente inferior à da média da indústria de tecidos no Estado; daí o poder argumentar-se que até as instalações de assistência à infância e de recreação fossem deduzidas do ganho dos operários. Além disso, apenas uns poucos dentre esses serviços eram gratuitos. A habitação

custava de nove a doze mil-réis, descontados de um salário médio de oitenta e oito mil-réis mensais, a eletricidade dois mil-réis por lâmpada, e os serviços médicos se deduziam à razão de 2% do salário mensal" (14).

É importante observar, seguindo inquéritos do Departamento Estadual do Trabalho, para 1911 e 1919, que essa provisão de benefícios era bastante limitada. Vejamos outros depoimentos interessantes:

"Das declarações dos manufatores se colhe que tais serviços extraordinários não se destinavam, primordialmente, a servir de incentivos para os trabalhadores. Alguns eram, sem dúvida, considerados arranjos necessários à manutenção do processo de trabalho, análogos à lubrificação da maquinaria ou à substituição das peças gastas. Creches e jardins de infância, por exemplo, refletiam o desejo de extrair a máxima quantidade de trabalho pelo menor custo possível. Não se poderia esperar que mães trabalhassem um dia inteiro se precisassem cuidar de crianças que ainda não tinham idade suficiente para empregar-se na fábrica. Com o mesmo espírito, a fábrica do Ipiranga mantinha um restaurante, a preço de custo, que fornecia, de acordo com a administração, "todas as calorias de que precisa diariamente o operário, sob a supervisão de um médico especialista em regimes alimentares de trabalhadores. Durante a hora do almoço, um aparelho de rádio transmitia música" (15).

"A Companhia Nacional de Estamparia de Sorocaba, por exemplo, informou aos demais membros

do Centro dos Industriais de Fiação e Tecelagem de São Paulo - CIFTSP - que os seus operários faziam jus a pensões, abonos famílias, enterros gratuitos e muitos outros benefícios marginais, contanto que demonstrassem 'bom comportamento'. Os mesmos benefícios eram negados a quem quer que participasse 'direta ou indiretamente' de uma greve" (16).

Encontramos assim que, ao longo do processo de acumulação capitalista brasileiro, vai se desenhando uma complexa política social, onde se combinam baixos salários reais com benefícios previdenciários a par de medidas que cerceiam a organização da classe operária. Nesta primitiva política social, os benefícios previdenciários estavam quase sempre vinculados ao "bom comportamento" dos trabalhadores.

A violenta expansão da acumulação cafeeira que tem início em 1918 recoloca o problema de escassez relativa de mão-de-obra. Retoma-se o fluxo de imigração externa e as migrações internas com destino ao polo dinâmico ganham então algum significado (17). Como vimos, a partir de então recolocam-se de forma mais aguda as questões de higiene e saúde do trabalho. São desta época algumas medidas que visam controlar e regulamentar o mercado de trabalho e que constituirão embrião de um esquema previdenciário. Tomemos alguns exemplos:

1. Em 1917 passa a ser exigida, pelo Código Sanitário Estadual, a autorização dos pais para o emprego de menores de 18 anos;
2. Em 1919 promulga-se a lei de indenização de acidentes de trabalho nas companhias de transporte e construção e nas

fábricas. No mesmo ano, são criadas as companhias privadas de seguro do trabalho e que, a partir de então, se constituirão em foco de resistência a uma política securitária por parte do Estado;

3. Em 1922, no governo Arthur Bernandês, é criado o Conselho Nacional do Trabalho;
4. A medida mais importante, entretanto, é a criação, em 1923, pela lei nº 4682, conhecida como lei Eloy Chaves, das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), e que vão se constituir no embrião do seguro social no Brasil.

Vejamos melhor a organização das CAPs (18). Os benefícios previstos eram: assistência médica curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez; pensões para os dependentes dos empregados; auxílio pecuniário para funeral.

Do financiamento participavam a União, as empresas empregadoras (um por cento de sua renda bruta) e os empregados (três por cento do seu salário mensal).

As caixas eram organizadas por empresas (de modo que só as grandes tinham base atuarial para mantê-las) sendo seu presidente nomeado pelo Presidente da República, enquanto patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os trabalhadores indicavam seus representantes por eleição direta. Os benefícios eram proporcionais aos salários e, portanto, às contribuições.

Foram os trabalhadores vinculados ao setor urbano do complexo exportador, em geral os mais combativos politicamente, os que primeiro lutaram pela organização das Caixas em suas empresas. Assim os ferroviários em 1923 e os estivadores e marítimos em 1926 passam a auferir os benefícios das respectivas CAPs. As demais categorias profissionais só vêm a ser beneficiadas depois de 1930. Em resumo, até 1930 os trabalhadores contam com benefícios previdenciários oferecidos como vimos, pelas grandes empresas e, para poucas categorias, pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões. Assim, a maior parte dos assalariados está excluída de tais benefícios, tendo que recorrer, para a assistência médica, àquela limitadamente oferecida pelos serviços públicos.

Só a partir dos anos 30, com a alteração do caráter do Estado e a necessária ampliação de suas bases sociais é que as questões sociais ganham foros "políticos", isto é, passam a fazer parte da problemática do poder. E, mais ainda, num segundo momento, quando a acumulação capitalista passa a ser dominada pelo capital industrial, esse processo político ganha um respaldo econômico.

1. A emergência de uma política nacional de saúde (1930-1966)

É possível afirmar que, entre 1930 e 1966 emerge e toma forma uma política nacional de saúde e, mais precisamente, instalam-se os aparelhos necessários à sua efetivação. Entretanto, cabe desde já afirmar também o caráter "restrito" desta política de saúde.

Creio que, nas suas linhas fundamentais, a economia e a política deste período têm sido amplamente analisadas (19). Neste trabalho parece-me importante destacar, em primeiro lugar, o elemento essencial da análise de Cardoso de Mello para esta época, qual seja, o caráter restringido tanto da acumulação quanto do Estado Nacional. Do ponto de vista econômico, adentramos, nesta fase, um processo de industrialização, desde que o motor da acumulação passa a ser o capital industrial. Industrialização, porém, limitada, restrita, dada a insuficiência técnica e financeira do próprio capital industrial. Vive-se um momento de inflexão política. Rompida a estrutura de poder da Primeira República, instala-se um Estado que goza de elevado grau de autonomia e atua além dos limites estabelecidos pelas forças sociais em jogo, não respondendo a nenhum grupo específico de interesses. Trata-se, ele também, de um Estado "restringido", limitado pela precariedade de seu aparelho e a estreitez de suas bases financeiras.

É importante destacar esta característica de restrição da economia e da política brasileira uma vez que, co

mo veremos, ele naturalmente condiciona a política de saúde de todo o período.

Em segundo lugar, parece-me iluminadora a forma feliz com que Carlos Lessa (20) apreende, para o período que vai de 1930 até meados dos 50, o conjunto das transformações econômicas e políticas que constituem toda uma trama que só se conformará plenamente na etapa seguinte do desenvolvimento capitalista brasileiro. Esta visão globalizante, naturalmente, não deixa de levar em conta os matizes e rupturas que obviamente permeiam mais de 30 anos de nossa história.

Esta nova etapa da economia e da política brasileiras, que tem início nos anos 30, cria espaço para o surgimento de políticas sociais de "corte" nacional. O Estado, caracterizado por maior autonomia relativa frente às classes e frações de classes, nos quadros de uma crise de hegemonia (21), distinguindo-se também da estrutura de poder pré-30 por ter acentuado seu caráter nacional, poder dar, desde então, respostas orgânicas às questões sociais, elaborando um pacote de políticas sociais. Parece ser esse o significado profundo das mudanças de política social que têm início nos anos 30: o Estado, agora, tende a responder à questão social não mais parcial e pontualmente, como no período anterior.

A emergência de uma política social de saúde, nos quadros deste Estado, é reforçada pelo agravamento relativo das condições de saúde decorrente da aceleração do processo de urbanização e industrialização, e é respaldada pelo movimento de mobilização e sindicalização dos trabalhadores que se verifica a partir de 30 e, principalmente, após 1937.

É interessante destacar, neste processo, que são as alterações de caráter político e as transformações da natureza do Estado as que criam as condições iniciais para que as questões sociais, e as de saúde em particular, já colocadas no anterior, pudessem ser enfrentadas através de um bloco orgânico e sistemático de políticas. Explico melhor. O desenvolvimento capitalista anterior, como vimos, já havia colocado uma série de problemas sociais, de alguma forma impossíveis de serem resolvidos no quadro econômico e político da Primeira República. Com o processo político de 30, as transformações do Estado e, em particular, pelo fato de que este novo esquema de poder deve contemplar, de algum modo, os assalariados urbanos, torna-se presente uma definição de políticas sociais (22). A partir do momento em que a nova dinâmica de acumulação de capital, sob dominação do capital industrial, produza seus resultados característicos, como a aceleração de urbanização, ampliação da massa trabalhadora em precárias condições de higiene, saúde e habitação, etc., novas exigências pressionarão no sentido de efetivação e ampliação das políticas sociais (23).

Nestas condições, somente agora pode-se, com rigor, identificar uma real política de saúde, de caráter nacional, organizada a partir de aparelhos centrais.

Assim, entre 1930 e 1966, como veremos, esboça-se, desenvolve-se e enfrenta crises a política e a estrutura do setor de saúde, no Brasil, basicamente organizado em dois sub-setores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O sub-setor de saúde pública será, até meados dos 60, o predominante e, nos seus traços fundamentais, é a estrutura então monta

da e vigente até nossos dias. O sub-setor de medicina previdenciária se ampliará significativamente a partir dos fins da década dos 50 e, em termos de política estatal de saúde, passará a ser predominante somente a partir da segunda metade dos anos 60.

Vejamos mais de perto esta estrutura do "Setor Saúde". Será, como vimos, uma montagem que tem início nos anos 30 e de natureza ainda não plenamente capitalista, dado o reduzido assalariamento, a escassa tecnificação, o pequeno número de empresas médicas, hospitais, clínicas, etc.

Os programas de saúde pública estão relacionados com os processos de migrações, urbanização e industrialização, com a criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e mesmo restritamente, para as do campo.

Estes programas, ainda que dominantes na política de saúde, são limitados frente às necessidades reais da população. Estes limites se revelam pela manutenção de problemas de saúde pública até nossos dias e têm sua origem na limitada capacidade financeira do Estado em sua opção política de gasto e, principalmente, no modelo sanitarista adotado, oneroso devido a seus altos requisitos técnicos, por consequência desvinculados das reais possibilidades de então.

O sub-setor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública, em termos de política estatal, a partir de 1966, apesar do seu predomínio se anunciar tendencialmente desde os começos da década de 60.

Esta alteração na política nacional de saúde se explica tanto pela intensa urbanização dos anos 40 e 50 como principalmente pela mudança do padrão de acumulação que tem início a partir de 1956, quando a transformação e ampliação de nossa economia conformam uma dinâmica de acumulação especificamente capitalista (24), tornando a medicina previdenciária um requerimento efetivo para os assalariados urbanos.

É importante repetir que a alteração na política de saúde com o significativo crescimento do sub-setor de medicina previdenciária se dá numa fase em que todavia se mantêm agudos problemas na área de saúde pública. Isto vai configurando uma demanda infinita por assistência médica. Temos assim, de um lado, a política de saúde pública precária, praticamente estacionada desde 1956, formando uma herança endêmica da maior gravidade; de outro, um sistema previdenciário incapaz de atender não só as demandas por assistência médica individual, quanto atender os requerimentos de saúde coletiva acumulados ao longo do tempo.

Nosso objetivo será tentar apreender o concreto das medidas referentes à saúde, a partir do estudo de seus dois sub-setores básicos.

2. Evolução do aparelho de Estado em Saúde Pública: 1930-1956

A política de saúde, neste período, contempla inicialmente a incorporação e transformação das unidades de âmbito estadual montadas nos anos 20.

Como é sabido, a Revolução de 1930 destrói o "excessivo" federalismo da Primeira República (25), dando início a um processo de redução da autonomia dos diversos estados.

No plano da política de saúde podemos identificar este processo de centralização: já em 1930 é criado o Ministério de Educação e Saúde, composto de dois Departamentos Nacionais, um de Educação e outro de Saúde (na reorganização de 1934 o Departamento Nacional de Saúde passou a ser chamado de Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social) (26).

O movimento de centralização da política de saúde pelo Estado Nacional - entre 1930 e 1937 - se efetiva pela crescente participação dos "Assistentes Técnicos do Governo Federal" do Departamento Nacional de Saúde junto aos serviços estaduais de saúde. Esta centralização avança a partir de 1937 quando o Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social assume plenamente a coordenação dos Departamentos Estaduais de Saúde.

Desde então uniformiza-se a estrutura dos departamentos estaduais, estabelecendo-se um padrão de organização formado por uma Diretoria, uma Coordenação de Órgãos Centralizados (serviços especiais como o combate à tuberculose ,

à lepra, etc. (hospitais e laboratórios) e uma Coordenação de Órgãos Descentralizados (os centros de saúde das cidades maiores e os postos de higiene da área rural) (27).

É a partir desse momento que pode-se identificar um relativo avanço da atenção à saúde para o interior do país, relacionado, certamente, com o movimento geral de criação de um mercado nacional de trabalho, ao longo do qual se processavam migrações de mão-de-obra para o espaço dinâmico da industrialização, desde áreas onde vingavam endemias rurais. O financiamento dessa relativa expansão para o interior estava assim estabelecido:

"Fica criada a Caixa de Fundos para os serviços de assistência e saúde pública nos municípios, para a qual contribui cada município com 5% de toda a receita arrecadada. A contribuição municipal começará a ser feita desde o momento em que o Departamento de Saúde Pública Estadual iniciar as instalações, nos distritos sanitários, dos serviços de higiene que irão atuar em caráter permanente" (28).

Este sistema de organização e financiamento é aplicado basicamente em Pernambuco, Mato Grosso, Piauí, Rio Grande do Sul, Amazonas, Minas Gerais e São Paulo até 1938.

A reconstituição histórica do processo de centralização por parte do Estado, as reformas nos serviços de saúde e a criação de uma multiplicidade de agências e de novas unidades de serviços fundamenta nossa afirmação sobre a emergência, no período que se abre com a Revolução de 30, de

uma política nacional de saúde. Mais ainda, a reestruturação e dinamização dos serviços de saúde configuram o primeiro momento do processo de concretização dessa política que, entretanto, continuará limitada, sua plena constituição tendo que aguardar necessariamente uma outra etapa do desenvolvimento brasileiro, na década de 50.

Este processo segue com a criação em 1937 do Serviço Nacional de Febre Amarela, o primeiro serviço de saúde pública de dimensão nacional e, em 1939, do Serviço de Malária do Nordeste, ambos em convênio com a Fundação Rockefeller. O Serviço de Malária da Baixada Fluminense é criado em 1940.

Importante reorganização se verifica no Ministério da Educação e Saúde em 1941. O Departamento Nacional de Saúde não só incorpora vários serviços de combate a endemias, já existentes, como institucionaliza as campanhas sanitárias, e, ademais, assume o controle da formação de técnicos em saúde pública.

O Departamento Nacional de Saúde passa a ser composto pelos Serviços Nacionais de Tuberculose, de Peste, de Malária (unificando os serviços regionais), de Lepra, de Câncer e de Doenças Mentais.

Incorpora também os já criados: Serviço Nacional de Febre Amarela (1937), Departamento Nacional da Criança (1940), Serviço Nacional de Educação Sanitária (1941), Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, Serviço Federal de Bioestatística e Serviço Federal de Biometria Médica. Mantém também o Curso de Saúde Pública, centralizando e integrando

alguns cursos já existentes inclusive no Instituto Oswaldo Cruz (29).

Durante a Segunda Guerra, por razões de ordem estratégica, vinculadas à produção de borracha na Amazônia é criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em convênio com a Fundação Rockefeller (30).

A década de 40, em seu final, marcará também a introdução nos serviços de atuação à saúde, dos progressos tecnológicos que expandirão a intervenção farmacológica. No Brasil, em 1948, tem início a campanha nacional de vacinação utilizando o método BCG (31).

Será na década de 50, momento de inflexão da economia brasileira e de reaparelhamento do Estado, que o setor de saúde pública atingirá sua estrutura definitiva, consolidando todas as tendências que vimos assinalando.

Toda a estrutura do aparelho estatal em Saúde Pública que vinha sendo montada desde o Estado Novo amplia-se, tanto pela extensão relativa do atendimento, quanto porque acentua-se a tendência centralizadora anterior. Mas a outra face desse movimento será a manutenção das limitações estruturais que, desde o início, marcaram também o setor.

Apesar de que o discurso do poder não deixou de considerar a importância da questão, como se revelava por exemplo no Plano Salte, a verdade é que barreiras estruturais estiveram sempre comprometendo a efetivação das soluções requeridas pelo quadro de saúde da população.

De fato, a Saúde Pública, ainda que elevada à condição de questão social, não esteve em nenhum momento entre as opções prioritárias da política de gastos do governo.

Em primeiro lugar, porque nesta etapa de industrialização brasileira, o Estado concentrou seus recursos relativamente escassos naqueles que eram os requisitos básicos para o avanço mesmo do processo de industrialização.

E em segundo lugar, explica-se pela própria estreiteza da base financeira deste Estado, reflexo do limitado desenvolvimento industrial, mas também devido ao fato de que não dispunha ele de suporte social a lhe permitir uma radical reforma tributária (32).

Nestas condições os serviços de saúde pública - como veremos - padeceram (e padecem até nossos dias) de uma carência histórica de recursos, a comprometer sempre o atendimento à população.

Tal situação - é interessante destacá-lo - se viu agravada por um outro fato, o de que o modelo sanitário que se foi gestando - como será demonstrado - implicava requisitos técnicos e financeiros relativamente elevados, conflitantes com a realidade econômico-social brasileira.

Identifiquemos os passos básicos desse processo durante a década dos 50.

A criação do Ministério da Saúde, em 1953, evidencia mais uma vez não só a importância relativa da Saúde Pública na política estatal de saúde quanto o seu caráter secundário no conjunto das prioridades políticas do Estado brasi-

leiro (33). Esta dupla natureza - volto a frisar - manifestar-se também no Plano Salte onde, como é sabido, a questão da saúde era privilegiada, ao nível do discurso, enquanto que nula do ponto de vista da própria dotação orçamentária.

O Ministério da Saúde mantém alguns traços de estrutura do extinto DNS, ampliando, no entanto, o quadro de enfermidades sob seus cuidados: ancilostomose, bôcio, bouba, brucelose, doença de chagas, esquistossomose, hidatíose, filaríose, leishmaniose, tracoma (34).

Nos anos 50 expande-se também o Serviço Especial de Saúde Pública - SESP - passando a atender a área da Estrada de Ferro Vitória-Minas, e o Vale do São Francisco ao mesmo tempo aumentando o espectro de suas atividades: assistência médica, educação sanitária, saneamento, combate à malária, controle de doenças transmissíveis, e desenvolvimento de pesquisas de medicina tropical em convênio com o Instituto Evandro Chagas. Este serviço passará como Fundação, para o Ministério da Saúde, em 1960.

O ponto final na estruturação dos organismos de saúde pública - seu último momento centralizador - será a criação, em 1956, do Departamento Nacional de Endemias Rurais - DNERu(35). Estabeleceu-se, desde o início, que o DNERu atuasse sobre áreas que

"...sejam pontos críticos das vias principais de transporte e possuam fatores evidentes de desenvolvimento econômico (facilidade de energia, transporte, fertilidade do solo, riqueza mineral, abun-

dância de mão-de-obra, etc.), entravados pela falta de condições sanitárias do meio" (36).

O DNERu centraliza tanto aqueles serviços de combate a enfermidades endêmicas, antes sob a responsabilidade do DNS, acrescentando também os serviços de combate à febre amarela, malária e peste.

Evidentemente os intentos de estender o atendimento médico-sanitário de massa - as chamadas medidas de saúde coletiva - se inscreviam nas transformações econômicas da época, que incluíam a aceleração dos movimentos migratórios internos, a interiorização da expansão econômica - lembremo-nos da Operação Nordeste e da construção de Brasília - o aprofundamento da urbanização, constatado por elevadíssimas taxas de crescimento populacional urbano, de 67,9% no Nordeste, 66,6% no Sudeste e de 70,3% no país, etc. (37).

É no entanto, nestes mesmos anos 50, que se recoloca em discussão o padrão de política de saúde pública existente. Isto é feito através não só do questionamento ao padrão em operação, como pela atribuição ao desenvolvimento industrial da capacidade de resolver os problemas sociais, entre eles o da saúde. E é no contexto desse debate que aparece a consciência das restrições financeiras do Estado para atender à saúde da população, restrições ao mesmo tempo agravadas pelo padrão de atendimento sanitário, agora já sob crítica, e também, por outro lado, justificadas porque a concentração de recursos nas medidas "desenvolvimentistas" conduziria à solução, se dizia, das questões sociais.

É o que discuto em detalhe a seguir.

3. Duas notas sobre a saúde pública nos anos 50-60

3.1. Em torno ao debate sobre as formas de atenção médico-sanitária

Tanto o sistema de medicina previdenciária como o sistema de saúde pública, são formas de atenção médica global, de produção de bens de consumo coletivo, que tiveram suas origens no século XIX e que, ao longo da história dos países capitalistas, alternam-se como formas dominantes. Pode-se levantar a hipótese de que inicialmente a intervenção médica global se dá sob a forma "sanitarista", o predomínio desta sendo gradativamente substituído à medida em que se desenvolve o capitalismo com a universalização das relações capitalistas de assalariamento. Naturalmente, isto não implica necessariamente no desaparecimento da forma "sanitarista", e sim no fato de que ela passa a ocupar um lugar secundário ao mesmo tempo em que se desloca para as áreas "periféricas". Não que o sanitarismo não seja "adequado" ao capitalismo; ele é adequado e necessário, especialmente no padrão tardio de desenvolvimento. Mas é que seu funcionamento, que se dirige ao público em geral, vai depender principalmente de condições políticas, enquanto que a manutenção do sistema previdenciário está mais diretamente atrelada às relações de assalariamento e de permanência ativa da mão-de-obra nos processos de trabalho, estreitamente vinculada, portanto, à valorização do capital no processo de produção.

No Brasil, o sistema de saúde pública desenvolveu-se, como vimos, segundo um dado padrão que é posto em de-

bate nos anos 50. O debate tem como questões centrais o alcance e dimensões da saúde pública e sua estrutura administrativa (38).

A primeira questão pode ser resumida no que veio a ser conhecido como o círculo vicioso da pobreza e doença(39).Entretanto, numa visão equivocada da realidade, os sanit^uristas da época viam a relação causal no sentido doença-pobreza. Pensava-se que, solucionando-se o problema da doença, o problema da pobreza seria automaticamente resolvido. Tal erro básico implicava um outro equívoco, o método de combate à doença: os sanit^uristas da época, comparando os níveis de doença e de ações sanitárias dos "países pobres" com o dos "países ricos", concluíram que para alcançar o mesmo nível de saúde que o dos Estados Unidos, por exemplo, bastava ao Brasil gastar os mesmos recursos e montar a mesma estrutura que a norte-americana. A impossibilidade de tal procedimento não era evidente aos sanit^uristas da época, e por muitos anos perseguiu-se tal objetivo, jamais alcançado ou sequer alcançável. Observe-se que tal posição era defendida também por norte-americanos como se pode depreender da atuação da SESP, patrocinada pela Fundação Rockefeller e que disseminou pelo Brasil, ao longo de quase 30 anos, unidades sanitárias-modelo, inadequadas à estrutura brasileira e às nossas possibilidades financeiras.

No que diz respeito à questão administrativa, o debate travava-se em torno das alternativas de centralização ou descentralização da estrutura sanitária: os serviços deveriam ser municipalizados, comandados pelas comunidades, ou de

veriam seguir um modelo único, centralizado?

A questão da centralização, na verdade, ultrapassava em muito a questão da saúde pública, estando inscrita no bojo das transformações administrativas e de modernização do Estado ocorridas desde o Estado Novo.

Em 1926, antes mesmo da montagem de uma política nacional de saúde, já se discutia nestes termos:

"Deve ser transitória a interferência das autoridades sanitárias federais nos Estados, como transitória deve ser a ação das autoridades sanitárias estaduais sobre os municípios (...) os serviços sanitários precisam ser, cada vez mais, municipalizados" (40).

O rumo tomado, contudo, foi o inverso, com a centralização do processo de decisões na esfera federal. Na III Conferência Nacional de Saúde, em 1963, afirmava-se em documento oficial:

"A ingerência do poder central na Saúde Pública dos estados se acentuou, ultrapassando as suas atribuições normativas, supletivas e coordenadora para a ação executiva direta e muitas vezes intempestiva. O advento das "Campanhas" agravou o problema, estabelecendo-se, praticamente, uma estrutura executiva própria, dispendiosa e quase sempre desvinculada das organizações estaduais" (41).

Na medida em que esta estrutura foi montada, este debate muitas vezes se confundiu com um outro, paralelo, onde se questionava a adequação de certas medidas "clássicas" de saúde pública a regiões onde as condições sócio-econômicas eram diversas.

A idéia da SESP era montar nas áreas rurais sob sua responsabilidade aparelhos de atenção à saúde bastante complexos e diversificados, instalando postos de saúde ou hospitais e arcando com os vultosos custos de implantação, mas passando, paulatinamente, a administração e os gastos de custeio para os governos estaduais e municipais. Padrão, aliás, que repete em escala gigante o financiamento da própria SESP, que passa lentamente da Fundação Rockefeller à responsabilidade do governo brasileiro.

Tabela 1

O financiamento da campanha anti-malária
segundo fontes de recursos - 1958/65

Anos	Governo brasileiro	Cooperação internacional*
1958	18,1	91,9
1959	40,7	59,3
1960	31,5	68,5
1961	57,8	42,2
1962	87,2	12,8
1963	75,1	24,9
1964	71,9	28,1
1965	93,8	6,2

* Fundação Rockefeller, majoritariamente, complementada pela OPS e OMS.

Fonte: Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social - Diagnóstico Preliminar - Saúde e Saneamento - EPEA - Abril, 1966.

Tabela 2

1 - RECURSOS À DISPOSIÇÃO DO "SESP" NO PERÍODO DE 1942-1952

ANO	ESTADOS UNIDOS		BRASIL Cruzeiros	TOTAL Cruzeiros
	Dólares	Eq. iv. cruzeiros		
1942-43.....	5 000 000	98 576 716	9 000 000	107 576 716
1944.....	1 250 000	24 750 000	10 000 000	34 750 000
1945.....	500 000	9 800 000	20 000 000	29 800 000
1946.....	500 000	9 800 000	20 000 000	29 800 000
1947.....	500 000	9 250 000	20 000 000	29 250 000
1948.....	250 000	4 595 000	30 000 000	34 595 000
1949.....	250 000	4 595 000	50 000 000	54 595 000
1950.....	215 000	3 951 700	70 000 000	73 951 700
1951.....	250 000	4 595 000	76 000 000	80 595 000
1952.....	300 000	5 514 000	75 000 000	80 514 000
T O T A L	9 015 000	175 427 416	380 000 000	555 427 416
Juros, etc.				5 580 904,90
				561 008 320,90
Dotações do Governo Federal, Estados e Municípios para obras e projetos especiais.....				167.821.326,70
				728.829.648,40
Personal HAA (pago diretamente pelo Governo dos Estados Unidos)..				53.491.503,17
T O T A L G E R A L				782.821.211,47

Fonte: Correio da Manhã de 25/1/1953.

Apud: Magalhães da Silveira, M. Programação de Saúde Pública, in Revista Desenvolvimento & Conjuntura, nº 7, julho, 1971.

A um outro nível, o debate se volta para o próprio perfil técnico das unidades de atenção à saúde. Pelo modelo da SESP, um posto de atenção à saúde era constituído por um médico, um microscopista, um laboratorista e um guarda-chefe (42). Evidentemente este é um esquema de elevados custos, revelando a crença de que o nível de saúde da população depende diretamente do gasto per-capita com atenção. O debate amplia-se de tal forma que a própria SESP, em 1956, autocríticava-se:

"Os motivos de nossas deficiências são vários, sobressaindo entre eles, porém, a tentativa que fizemos de aplicar, em nossas áreas, esquemas de trabalho calcados nos outros países, sem levar em conta as profundas diferenças econômico-sociais existentes entre os países de economia predominantemente agro-pastoril e os de nível industrial e tecnológico avançado" (43).

No mesmo ano, em sua Mensagem ao Congresso, o Presidente Juscelino Kubitscheck, no capítulo de Saúde, indicava:

"De organização excessivamente dispendiosa, os empreendimentos que o SESP mantém em alguns municípios são de tal custo que dificilmente poderão ser transferidos para a responsabilidade das administrações locais".

Torna-se, assim claro, a nível da consciência social, o quanto foi estreito e equivocado o modelo sanitarista de saúde pública até então vigente, ao qual se atribuía a capacidade de romper aquilo que era considerado o "círculo vicioso da pobreza". Na metade dos anos 50 a ideologia "desenvolvimentista" vem colocar de outra forma esta questão, invertendo os termos da relação doença-pobreza, indicando agora que o desenvolvimento econômico trará consigo e, necessariamente, um melhor nível de saúde da população.

Apesar da amplitude alcançada por este debate na década de 50, poucas alterações sofreu o sistema sanitário. No que diz respeito, por exemplo, às competências administrativas, permaneceu o delineado pelo Estado Novo, ainda que prosseguisse o debate, como atesta por exemplo, o pronunciamento do Ministro da Saúde já em 1963:

"Torna-se indispensável a organização de uma estrutura permanente, de modo a atender à população brasileira, o que só será alcançado com a integração do município naquilo que se poderia chamar de Rede Nacional de Saúde (...). A descentralização das tarefas executivas, no âmbito da ação curativa, é indicada como postulado capaz de reforçar os órgãos estaduais e municipais, que receberão subsídios federais dentro de normas que variam em função da complexidade dos problemas sanitários locais, da escassez de recursos e da densidade demográfica" (44).

Em 1966, a questão resolve-se pelo lado da centralização, caminho já apontado desde 1930. Dizia o então ministro, Raymundo de Britto:

"O combate sistemático às endemias rurais é em cargo da União, em face de preceito constitucional (...). A própria experiência colhida com o combate à malária indica que a institucionalização de campanhas seria o caminho mais acertado para mobilização geral contra as doenças endêmicas" (45).

3.2. O gasto em saúde pública

Entre 1956 e 1964 os dispêndios do Estado com as medidas de atenção coletiva à saúde apresentam um comportamento relativamente favorável ainda que um certo caráter errático - taxas de crescimento negativo em alguns anos - já fosse sinal do posterior congelamento e até declínio das despesas.

O nível real dos gastos do Ministério da Saúde elevou-se de um extremo a outro do período em 58,8%; no entanto, o que de fato aconteceu foi um crescimento sustentado entre 1956 e 1959, verificando-se a partir daí um movimento declinante que estabelece em 1964 um patamar de gasto inferior ao de 1959 (ver tabela 3).

Foi entre 1961 e 1964 que se registraram as maiores participações do Ministério da Saúde no Orçamento Global da União desde a década de 60 até 1974: 4,57%, 4,31%, 4,10% e 3,65%. A tendência, no entanto, já era à diminuição.

Observemos os dispêndios em alguns programas específicos do Ministério.

Apesar do combate às endemias rurais ter seu gasto elevado no período, o que pode ser constatado pelo dispêndio do DNERu - Departamento Nacional de Endemias Rurais - na tabela 4 - já se anunciava uma certa tendência de instabilidade pois nos anos de 1959 e 1961 reduzem-se seus recursos em 8,5% e 36,2% respectivamente. É no entanto o único programa do Ministério da Saúde que parece ter tido um comportamen-

Tabela 3

Dotações orçamentárias regulares do Ministério da Saúde - 1956/75

(Cr\$1.000 de 1976)

	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963
Administração △ %	302.397 -	246.394 -18,5	304.646 23,6	551.838 81,1	343.865 -37,7	376.548 9,5	490.454 30,3	465.055 -5,2
Saúde Pública-Algumas ações em tuberculose, lepra, bio- estatística, fiscalização*, ed.sanitária △ %	124.975 -	172.922 38,4	196.209 13,5	174.398 -11,1	191.558 9,8	175.475 -8,4	171.747 -2,1	151.893 -11,6
Campanhas Sanitárias - DNERu doença de Chagas, Esquistos- somose, febre amarela, filá- riose, leishmaniose. △ %	136.663 -	288.902 111,4	346.210 19,8	316.949 -8,5	334.215 5,4	213.539 -36,1	364.138 70,5	405.465 11,3
Assistência Médica-Serv.Nac. de doenças mentais, cancer, Depto.Nac.da criança, Depto Nacional de Saúde △ %	291.009 -	306.221 5,2	319.972 4,5	384.854 20,3	419.366 9,0	334.678 -20,2	305.216 -8,8	617.607 102,4
IOC △ %	29.071 -	33.587 15,5	31.347 -6,7	26.623 -15,1	30.253 13,6	18.366 -39,3	16.566 -9,8	23.335 40,9
TOTAL △ %	884.115 -	1.048.026 18,5	1.198.384 14,3	1.454.661 21,4	1.319.257 -9,3	1.118.606 -15,2	1.348.121 20,5	1.663.555 23,4

(*) Medicina, farmácia, odontologia, postos.

continua.

1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
492.523 5,9	626.554 27,2	707.297 12,9	515.880 -27,1	154.471 -70,1	751.867 386,7						
134.123 -11,7	299.716 123,5	156.880 -47,7	167.986 7,1	161.008 -4,2	109.210 -32,2						
485.204 19,2	662.171 37,0	394.819 -40,2	533.425 34,8	553.679 4,9	273.175 -51,2		227.567 -	226.010 -0,7	165.461 -26,8	157.172 -5,0	166.680 6,0
270.801 -56,2	527.431 94,8	440.557 -16,5	340.973 -22,6	387.892 13,8	188.861 -51,3						
23.619 1,2	32.047 35,7	47.029 46,8	33.600 -28,0	35.193 4,7	30.046 -14,6						
1.404.271 -15,6	2.147.918 53,0	2.041.472 -5,0	1.591.864 -22,0	1.298.243 -18,4	1.623.758 25,1						

Fonte: Ministério da Fazenda - Balanços Gerais da União.

Tabela 4

Ministério da Saúde - Despesas consolidadas em alguns programas - 1956/69
(Cr\$ 1.000 de 76)

	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964
Atenção Materno-Infantil (1)	27.572	54.317	53.406	73.466	96.105	79.459	68.711	45.704	39.797
△ %	-	97,0	-1,7	37,6	30,8	-17,3	-13,5	-33,5	-12,9
Tuberculose (2)	76.124	106.534	115.636	95.708	111.362	102.963	116.276	100.534	84.273
△ %	-	39,9	8,5	-17,2	16,4	-7,5	12,9	-13,5	-16,2
Endemias Rurais - DNEIR - (3)	-	288.902	346.210	316.949	334.512	213.539	364.138	405.465	483.204
△ %	-	-	19,8	-8,5	5,5	-36,2	70,5	11,3	19,2
Doenças mentais (4)	74.625	96.301	111.688	117.445	107.189	84.978	59.675	64.422	64.506
△ %	-	29,0	16,0	5,2	-8,7	-20,7	-29,8	8,0	0,1
Câncer (5)	43.457	53.792	46.208	60.660	58.810	52.433	63.880	53.578	47.426
△ %	-	23,8	-14,1	31,3	-3,0	-10,8	21,8	-16,1	-11,5
Lepra (6)	38.961	45.920	61.533	61.840	61.158	50.625	42.984	36.792	34.329
△ %	-	18,9	34,0	0,5	-1,1	-17,2	-15,1	-14,4	-6,2

Notas: (1) Departamento Nacional da Criança e Delegacias Federais da Criança - (2) Serviço Nacional da Tuberculose
(3) Doença de Chagas, Esquistossomose, Febre amarela, filariose, leishmaniose - (4) Serviço Nacional de Doenças Mentais - (5) Serviço Nacional do Câncer - (6) Serviço Nacional da Lepra.

1965	1966	1967	1968	1969
68.873	46.882	57.646	46.294	45.988
73,1	-31,9	23,0	-19,7	-0,7
143.832	89.321	102.728	97.730	66.162
70,7	-37,9	15,0	-4,9	-32,3
662.171	395.819	533.425	559.679	273.175
37,0	-40,2	34,8	4,9	-51,2
81.931	117.721	108.364	28.314	89.519
27,0	43,7	-7,9	-73,9	216,2
50.304	61.902	49.338	49.333	27.024
6,1	23,1	20,3	0,0	-45,2
16.233	44.018	43.309	40.814	24.354
-52,7	171,2	-1,6	-5,8	-40,3

Fonte: Ministério da Fazenda - Balanços Gerais da União.

to mais favorável. Seu nível real de gasto era, em 1964, superior ao de 1957 em 67,2%.

Os recursos aplicados no combate à tuberculose reduzem-se a partir de 1959, e, apesar de alguns anos de recuperação intercalados com outros de queda, sua tendência é ao declínio, de tal modo que em 1964 apresenta um nível real inferior ao alcançado em 1957. O mesmo ocorre nos dispêndios com Lepra.

Com a Atenção Materno-Infantil dá-se o mesmo processo, verificando-se reduções significativas e sucessivas entre 1961 e 1964.

As medidas de atenção ao Câncer e às Doenças Mentais igualmente têm seus recursos declinantes.

É inegável, portanto, que o Ministério da Saúde, principal aparelho de Estado destinado aos cuidados de saúde pública já começava a ser submetido a restrições financeiras, com exceção importante, é verdade, no combate às endemias rurais que, mesmo decaindo em alguns anos, apresentou crescimento no período como um todo.

Reflitamos, finalmente, sobre o resultado da política de saúde pública entre 1940 e 1960. Sem dúvida foi grande a melhoria das condições sanitárias da população brasileira. Porém, cumpre assinalar que permaneceu, de forma dramática, o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e das elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, etc. (46).

A partir dos anos 60 observa-se o declínio relativo do sub-setor de saúde pública e o crescimento do sub-

-setor de medicina previdenciária. Será a formação e desenvolvimento da medicina previdenciária que veremos a seguir.

4. Gestação e desenvolvimento da medicina previdenciária no Brasil - 1930-1966

A medicina previdenciária surge, de fato, no Brasil, a partir de 1930, com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) (47).

É verdade que, como vimos, os anos 20 vêem surgir as Caixas de Aposentadorias e Pensões, que se juntam às políticas empresariais e estatais de higiene e saúde.

O conjunto de reformas e alterações no aparelho de Estado e a legislação trabalhista elaborada nos anos 30 e reforçada no Estado Novo, contemplam desde logo a feitura de um enorme aparelho de serviços, centralmente controlada e pretendendo estender ao conjunto dos assalariados urbanos os benefícios de previdência. Os IAPs vem, assim, cumprir esta função, não sendo, entretanto, um produto de evolução das Caixas, cuja estrutura, aliás, nem é de imediato desmontada.

Já nos referimos ao significado das políticas do Estado e das iniciativas que, a partir dos 30, mantêm em relação aos trabalhadores. Este será o marco geral para a análise que faremos a seguir da natureza da medicina previdenciária, sendo nosso primeiro passo um estudo dos objetivos e da estrutura dos Institutos.

Diferentes da estrutura e funcionamento das CAPs, os IAPs apresentam as seguintes características:

- a) Os fundos passam a organizar-se por "categoria profissional" e não por empresas, de tal modo que os trabalhadores

de pequenas empresas, antes excluídas por razões políticas e atuariais, passam a integrá-los;

- b) Ao contrário das CAPs, que juridicamente eram sociedades civis, os IAPs são constituídos como autarquias, significando portanto maior controle do Estado sobre o sistema, apesar de manter-se o critério anterior na organização administrativa;
- c) Os benefícios recebidos passam a ser os mesmos dentro de uma categoria, em todo o território nacional, obedecendo-se às diferenças salariais;
- d) Sindicato e sistema previdenciário passam a estar vinculados e cria-se espaço para uma certa manifestação dos interesses dos trabalhadores assalariados, segundo as categorias. Dada a existência de interesses às vezes divergentes em seu interior, surgem "clientelismos" no controle e manipulação de verbas e empregos, dando margem a composições para a estrutura partidária populista.

Esta estrutura só sofrerá uma alteração de monta em 1967, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Em 1953 há uma tentativa por parte do Estado, respondendo a tendências do interior dos próprios Institutos, no sentido de uniformizar os regimes previdenciários ainda que não se cogitasse de um processo de unificação total. No 1º Congresso Nacional de Previdência Social foi decretada esta uniformização e aprovada a estatização do seguro contra acidentes de trabalho (48). Podemos observar que tal uniformização concilia duas tendências. Por um lado, atende à massa de trabalhadores prejudicados pela diferenciação dos regimes previdenciá

rios e, por outro, responde aos interesses políticos que tinham como base a atuação dos IAPs-CAPs. Este movimento centralizador tem vida efêmera: o decreto será revogado por Café Filho, com a invocação de sua inconstitucionalidade.

Outra tentativa de uniformização dos regimes previdenciários será a de 1960, com a aprovação da Lei Orgânica de Previdência Social que abrangia todos os assalariados em regime de CLT, igualando os benefícios a serem auferidos. Na verdade, esta lei jamais foi concretizada, mantendo-se a diferenciação interna dos Institutos no que diz respeito aos benefícios previdenciários.

Enquanto tais modificações a nível formal eram tentadas, concretamente iam se dando transformações importantíssimas nos próprios Institutos. No que diz respeito à assistência médica, o final dos anos 50 e principalmente o início da década de 60 assiste a uma substancial expansão da assistência médica previdenciária, no que viria a ser um novo padrão de atenção à saúde no país. Ao mesmo tempo, os problemas decorrentes da ausência de escala econômica vão configurando o agravamento da situação financeira dos institutos, criando uma exigência interna de "racionalização" que culminará na unificação de 1966/67. Ocorrem, assim, até a unificação, movimentos que expunham ao limite aquela estrutura, ainda que não chegassem a rompê-la, dada a ausência de condições políticas e econômicas que possibilitassem uma transformação radical.

Creio que para uma correta análise da evolução do sistema previdenciário brasileiro, há que levar em conta as seguintes questões:

1. A amplitude que este sistema previdenciário, enquanto política de atenção à saúde, alcança, e o seu correspondente processo histórico de centralização;
2. O crescimento da massa de assalariados urbanos, decorrente da expansão capitalista, e mesmo o assalariamento de parte da mão-de-obra agrícola, o que requer a extensão da Medicina Previdenciária;
3. Bloqueios à uniformização dos benefícios e serviços prestados pelo sistema previdenciário. Do ponto de vista do discurso, a tendência a esta uniformização revela-se, claramente, na concepção da Lei Orgânica da Previdência Social (1960) porém, sabemos, que só se concretizará a partir de 1966 com o INPS;
4. O nível de organização dos trabalhadores e sua força política que determinarão o grau de sua participação na formulação das políticas sociais do Estado;
5. A existência de um desenvolvimento específico já que é somente quando amadurece o "pacote" de investimentos do período JK que a economia brasileira move-se na dinâmica própria do capitalismo. O fato de que durante todo este período o Estado brasileiro está ainda transformando-se na direção de centralizador e mobilizador de recursos, processo que

se consolidará a partir dos eventos políticos de 1964. Ademais é necessário, finalmente, levar em conta que, tanto o Estado como o conjunto das empresas empregadoras possuíam uma estreita base financeira, incapaz de sustentar um sistema previdenciário ampliado.

Será no marco definido por estas questões, do nosso ponto de vista fundamentais, que pretendemos realizar a análise da medicina previdenciária no Brasil. Como passo inicial estudaremos a estrutura do gasto com medicina previdenciária entre 1923 e 1950.

5. O tipo de gasto com medicina previdenciária entre 1923-1950

A análise do conjunto previdenciário - CAPs e IAPs - desde o seu surgimento em 1923 até 1949, demonstra um comportamento clássico de esquema de seguro social (49).

Analisemos as tabelas 5 e 6, que nos mostram o comportamento dos recursos financeiros dos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões.

Os valores reais gastos em assistência médica pelo sistema elevam-se ao longo de todo o período, com exceção dos anos 1940-43. Entre 1923 e 1938 (ano da criação do último IAP, nesta etapa), aqueles gastos aumentam 13 vezes. E daquele ano até 1949 o aumento é de 4 vezes. É o que nos mostra a tabela 5.

Não há nesta evolução nada de "estranho" quando examinamos mais detidamente seu significado. Se tomarmos o gasto com assistência médica em relação às despesas totais e à receita total verificamos que ambos os coeficientes são decrescentes ao longo de todo o período, salvo alternâncias eventuais de certos anos para outros. A relação Assistência Médica/Despesa Total cai de 47,1% em 1923, para 13,8% em 1930; para 10,2% em 1939 e daí para 7,3% em 1949. Ademais, se tomarmos o dispêndio com assistência médica por segurado ativo verificaremos seu decréscimo em termos reais (ver tabela 6). Isso também é esperado, pois não há porque supor que a assistência médica deva crescer ao mesmo ritmo em que cresce o número de segurados, numa fase de composição do sistema. Além disso, observe-se que em todo o mundo é somente a partir da década

Tabela 5
 Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões - Cr\$1.000 de 76

Ano	Receita T.	Despesa T.	Ass.Médica	Saldo	Reservas			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(2/1)%	(3/1)%	(3/2)%
1923	57.425	7.181	3.380	50.270	50.270	12,5	5,9	47,1
1924	77.579	22.372	6.134	55.207	98.147	28,8	7,9	27,4
1925	78.820	32.475	8.119	46.006	138.019	41,2	10,3	25,0
1926	84.631	41.004	9.841	43.628	174.184	48,4	11,6	24,0
1927	97.465	49.531	10.226	47.934	220.814	50,8	10,5	20,6
1928	197.201	79.140	14.271	118.061	366.185	40,1	7,2	18,0
1929	224.833	110.783	17.647	114.051	482.019	49,3	7,8	15,9
1930	226.022	146.250	20.123	87.319	615.183	64,7	8,9	13,8
1931	235.164	154.536	20.903	80.628	713.330	65,7	8,9	13,5
1932	343.798	187.324	23.787	156.475	866.000	54,5	6,9	12,7
1933	380.140	210.639	26.992	169.451	1.048.572	55,4	7,1	12,8
1934	443.434	230.238	30.258	212.848	1.336.909	51,9	6,8	13,1
1935	737.571	259.800	32.679	477.444	1.618.930	35,2	4,4	12,6
1936	794.885	275.572	32.690	519.313	1.803.115	34,7	4,1	11,9
1937	957.946	330.898	38.222	627.315	2.457.141	34,4	4,0	11,6
1938	1.427.619	411.991	44.069	1.015.628	3.475.530	28,9	3,1	10,7
1939	1.685.830	493.146	50.413	1.192.934	4.581.065	29,3	3,0	10,2
1940	1.863.575	624.142	83.490	1.239.672	5.606.034	33,5	4,5	13,4
1941	2.054.579	754.349	59.389	1.310.230	6.417.470	36,5	2,9	7,9
1942	2.079.913	820.085	55.990	1.254.828	7.003.945	39,5	2,7	6,8
1943	2.397.803	980.999	54.344	1.416.804	7.720.372	40,9	2,3	5,5
1944	2.704.701	1.098.747	64.988	1.605.954	8.152.944	40,6	2,4	5,9
1945	3.106.775	1.306.425	70.098	1.800.250	8.927.457	42,1	2,3	5,4
1946	4.230.608	1.746.943	101.430	2.483.665	10.083.617	44,3	2,4	5,8
1947	4.538.508	2.028.221	132.632	2.510.388	11.445.869	44,7	2,9	6,5
1948	4.848.087	2.283.271	191.541	2.555.362		47,1	4,0	8,4
1949	5.766.977	2.613.095	189.796	3.153.882		45,3	3,3	7,3

Fonte: Rezende da Silva, F.A., Mahar, D. - Saúde e Prev.Social - Uma análise econômica. IPEA. Coleção Relatórios de Pesquisa, 21.

Tabela 6

Evolução da Receita, Despesas, Saldo e Reservas da Previdência Social Brasileira, em valores reais (expressos em cruzeiros de 1976) por associado ativo

Anos	RECEITA TOTAL		DESPESA										SALDO		Fundo de Garan- tia (Reservas)	
			Total		Aposentadorias		Pensões		Serv. Méd. Hosp. (*)		Outras					
	valor	Índ.	valor	Índ.	valor	Índ.	valor	Índ.	valor	Índ.	valor	Índ.	valor	Índ.	valor	Índ.
1923	2.498,82	1,00	312,30	1,00	73,50	1,00	3,67	1,00	145,99	1,00	91,87	1,00	2.186,52	1,00	2.186,52	1,00
1924	2.519,46	1,01	726,54	2,32	351,55	4,78	23,44	6,39	199,21	1,36	152,34	1,66	1.792,91	0,81	3.187,41	1,46
1925	1.913,47	0,77	783,38	2,52	427,04	5,81	41,06	11,19	197,19	1,34	123,18	1,34	1.116,87	0,51	3.350,62	1,53
1926	1.589,75	0,64	770,23	2,47	431,33	5,87	43,13	11,75	184,85	1,26	110,91	1,21	819,52	0,37	3.271,92	1,50
1927	1.551,72	0,62	788,58	2,52	442,62	6,02	55,96	15,25	162,80	1,11	127,19	1,38	763,14	0,35	3.515,53	1,61
1928	1.484,34	0,59	595,69	1,90	361,32	4,92	46,39	12,64	107,42	0,73	80,56	0,88	888,66	0,41	2.756,30	1,26
1929	1.600,98	0,64	788,85	2,53	569,61	6,93	67,48	18,39	125,65	0,85	96,10	0,94	812,12	0,37	3.432,33	1,60
1930	1.566,52	0,63	1.026,57	3,29	681,02	9,27	95,35	26,12	141,25	0,96	108,46	1,18	612,92	0,28	4.318,17	1,97
1931	1.598,58	0,64	1.050,49	3,36	687,64	9,36	119,26	22,50	142,09	0,97	101,50	1,10	548,08	0,25	4.819,02	2,22
1932	1.843,00	0,74	988,60	3,16	594,34	8,08	117,69	32,07	125,54	0,85	151,04	1,64	825,80	0,38	4.570,35	2,09
1933	1.802,21	0,72	999,08	3,20	627,54	8,54	142,22	38,75	128,00	0,87	101,33	1,10	803,53	0,37	4.372,29	2,27
1934	1.616,66	0,65	839,08	2,69	505,73	6,88	128,02	34,88	110,27	0,75	95,06	1,03	775,71	0,35	4.415,96	2,02
1935	1.428,95	0,60	524,46	1,68	290,27	3,95	83,78	22,83	65,97	0,45	84,44	0,92	963,83	0,44	3.263,17	1,49
1936	1.164,93	0,47	403,72	1,29	204,59	2,78	63,02	17,17	47,89	0,33	88,22	0,96	760,81	0,35	2.641,62	1,21
1937	1.123,93	0,45	391,69	1,25	179,07	2,44	63,28	17,24	45,24	0,31	104,09	1,13	742,56	0,34	2.308,54	1,33
1938	798,72	0,32	230,50	0,74	93,03	1,27	36,84	10,04	24,66	0,17	75,97	0,83	568,22	0,26	1.944,48	0,89
1939	916,77	0,37	268,18	0,86	104,91	1,43	43,43	11,83	27,41	0,19	92,42	1,01	648,73	0,30	2.491,22	1,14
1940	374,18	0,39	326,27	1,04	118,68	1,61	50,02	13,63	43,64	0,30	113,92	1,24	648,03	0,30	2.930,54	1,34
1941	971,70	0,33	355,04	1,14	120,27	1,75	51,02	13,90	27,95	0,19	147,79	1,61	616,66	0,28	3.023,39	1,38
1942	910,41	0,33	359,83	1,15	136,09	1,85	52,96	14,43	24,57	0,17	146,21	1,59	550,58	0,25	3.073,13	1,41
1943	976,66	0,39	399,57	1,28	144,09	1,96	56,69	15,45	22,14	0,15	176,65	1,92	577,08	0,26	3.144,51	1,44
1944	1.024,59	0,41	416,22	1,33	137,18	1,87	56,45	15,38	24,62	0,17	197,98	2,15	608,36	0,28	3.083,48	1,41
1945	1.124,49	0,45	472,89	1,51	149,93	2,04	60,97	16,61	25,37	0,17	236,57	2,58	651,60	0,30	3.231,28	1,48
1946	1.497,87	0,60	618,52	1,98	176,11	2,40	73,23	19,95	35,91	0,24	323,27	3,63	514,62	0,24	3.569,81	1,63
1947	1.567,37	0,63	760,45	2,24	178,12	2,42	74,21	20,22	45,80	0,31	402,32	4,38	866,96	0,40	3.952,63	1,81
1948	1.695,85	0,68	801,99	2,57	207,22	2,81	85,35	23,26	67,00	0,46	442,41	4,82	893,86	0,41	4.515,53	2,11
1949	1.967,31	0,80	900,43	2,83	224,76	3,06	93,17	25,39	65,40	0,44	517,06	5,63	1.085,78	0,50	5.332,11	2,44
1950	2.161,72	0,87	1.115,51	3,57	327,84	4,46							1.066,21	0,49	5.784,66	2,65

(*) Assistência médica.

Fonte: Tabela elaborada por Jayme A. de Oliveira, na Pesquisa "O Trabalho em Saúde" - Peses.

de 1950, com a descoberta de novos produtos farmacêuticos e com a aplicação de equipamentos mais sofisticados de diagnóstico e intervenção que os custos da assistência médica vão disparar, como veremos mais adiante.

Estas constatações sustentam a afirmação de que até 1950 não se verifica nenhuma expansão significativa da assistência médica individual à população brasileira.

O Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social (1966) confirma este fato:

"A assistência médica e hospitalar geral ainda é, em grande parte, de natureza privada, embora aumente progressiva e rapidamente a importância do financiamento dessa assistência com recursos oficiais. Os maiores gastos públicos nesse campo são feitos pelas instituições de Previdência Social" (50).

Parece-me importante neste documento não só a evidência da menor importância relativa da medicina previdenciária no conjunto da política de saúde, mas principalmente o anúncio do que estava por vir, a Reforma Previdenciária de 1966, o anúncio de uma reforma substancial na política nacional de saúde do Estado brasileiro.

É importante enfatizar que o comportamento do gasto em medicina previdenciária revela a lógica interna da própria etapa de constituição do sistema previdenciário.

Assim, a participação da assistência médica no total das despesas do sistema, inicialmente elevada, estaria

apenas revelando a menor importância dos outros itens, como aposentadorias e pensões. Ou seja, a queda que se verifica no coeficiente Assistência Médica/Despesa Total entre 1923 e 1930 mostra apenas que as outras despesas típicas do seguro social vão "ganhando posição". Por exemplo, de 1924 a 1933 os aumentos das aposentadorias são substanciais, conforme mostra a ta be la 6, sendo que a partir daí ocorre uma certa estabilização. As pensões também elevam-se entre 1924 e 1934, a partir daí estabilizando-se relativamente.

Enquanto isso, a assistência médica perde posição relativa na despesa total e inclusive "per capita", mas não ocorre redução real do gasto global com atenção à saúde (ver tabela 6). Ele passa a crescer mais lentamente: cresceu de aproximadamente 5 vezes entre 1923 e 1930; de 4 vezes entre 1930 e 1940 e de 2 vezes de 1940 a 1959 (conforme a ta be la 5). Lembremos que em 1923 parte-se do zero e por isso, o crescimento a taxas elevadas.

Já se observarmos a participação da despesa com assistência médica na receita total, constataremos que ela é declinante, porém, suas variações se dão num intervalo bastante menor do que aquele que corresponde às acentuadas quedas da assistência médica sobre a despesa total.

Considero que o anterior é também uma de mo ns tr a ç ã o de que o caráter do gasto previdenciário em saúde não sofre alterações fundamentais no período.

Na realidade, entre 1938 e 45, os coeficientes estiveram mais baixos, recuperando-se após aquela data, no en

tanto foi um declínio dentro da tendência que já vinha se verificando (conforme a tabela 6).

Embora não seja meu propósito realizar uma análise técnico-atuarial, creio que vale ressaltar que os dados das tabelas 5 e 6 parecem permitir afirmar que até 1950 o sistema previdenciário vivia uma saudável situação financeira, pois a relação Despesa/Receita na década de 40 revela uma ponderável taxa de excedente. A partir dos anos 50, no entanto, a situação agravar-se-á por razão de vários fatores, como já veremos.

7. Crise e transformações na Medicina Previdenciária

Entre os últimos anos dos 50 e 1966 ocorrem duas ordens de mudanças no âmbito da Previdência Social - por um lado cresce a assistência médica e por outro, a situação econômico-financeira do sistema previdenciário sofre grave crise.

Se em 1949 o gasto com assistência médica compunha 7,3% da despesa total, em 1960 já estava em 19,3%; ou seja, num patamar em que só havia estado na década de 20, mas agora com um significado qualitativo e quantitativo diferente.

Na realidade, este índice está agora, refletindo as pressões crescentes da demanda por cuidado médico, decorrentes do intenso processo de urbanização das décadas de 40 e 50, que colocou nas cidades uma massa assalariada em condições de trabalho e remuneração tais, que encontravam no esquema previdenciário um complemento indispensável a suas rendas e a seu consumo básico, inclusive, por certo, os atos médicos destinados a recuperar sua saúde, isto é, recuperar sua própria capacidade de trabalho.

Tabela 7

Despesa total e despesa com assistência médica consolidada dos IAPs (período 60-66) e do INPS em 1967, em Cr\$1.000 de 76

Ano	Total despesa	$\Delta\%$	A.M. -	$\Delta\%$	AM/Total (%)
1960	6.706.525	-	1.296.141	-	19,3
1961	9.068.842	35,2	1.546.910	19,3	17,1
1962	9.538.919	5,2	1.723.156	11,4	18,1
1963	9.438.922	-1,0	1.959.658	13,7	20,8
1964	10.008.546	6,0	2.418.931	23,4	24,2
1965	10.963.065	9,5	2.592.670	7,2	23,7
1966	12.532.753	14,3	3.096.111	19,4	24,7
1967	14.816.595	18,2	4.392.985	41,9	29,6

Obs: AM inclusive pessoal e farmácia.

Fonte: Tabela elaborada a partir de dados fornecidos por: INPS - Secretaria de Assistência Médica - Grupo de Planejamento.

Neste período, ao mesmo tempo em que se processava a expansão da medicina previdenciária montava-se uma estrutura de atendimento hospitalar já basicamente de natureza privada e apontando na direção da formação das empresas médicas. Em 1950, 53,9% dos leitos totais do país eram de propriedade particular; em 1960 esse percentual havia subido para 62,1%, dos quais 14,4% tinham finalidade puramente lucrativa (51). Ademais, ocorre então o avanço da indústria farmacêutica e uma expansão substancial das importações brasileiras de equipamentos médicos (52).

O crescimento da assistência médica é de tal ordem que em 1966 o seu gasto já representava 24,7% do total das despesas consolidadas dos institutos previdenciários, elevando-se para 29,6% em 1967. A tabela 7 nos mostra que as taxas de expansão deste gasto estiveram entre 1960 e 1967 elevadas, alcançando em três anos do período, níveis em torno de 20% e, em 1967, nada menos de 41,9%.

Outro traço significativo é a emergência dos gastos com assistência médico-hospitalar que apresenta taxas elevadíssimas de crescimento: 44,6% em 1961; 35,1% em 1964; 117,6% em 1965, etc., como se pode ver na tabela 8.

Tabela 8

Despesa com AM consolidada dos IAPs (60-66) e do INPS (67). Cr\$ 1.000 de 76

Ano	Total AM	△ %	Ambulatorial	△ %	Hospitalar	△ %	AMB/AM	HCSP/AM
1960	1.286.409	-	465.969	-	282.345	-	36,2	22,0
1961	1.534.680	19,3	525.204	12,7	408.256	44,6	34,2	26,6
1962	1.710.990	11,5	554.079	5,5	392.933	-3,8	32,4	23,0
1963	1.947.624	13,8	670.764	21,1	455.356	15,9	34,4	23,4
1964	2.406.899	23,6	816.810	21,8	615.274	35,1	33,9	25,6
1965	2.626.296	9,1	673.358	-17,6	1.339.028	117,6	25,6	51,0
1966	3.079.939	17,3	766.522	13,8	1.631.775	21,9	24,9	53,0
1967	4.384.522	42,4	1.006.718	31,3	2.549.693	56,3	23,0	58,2

Obs: - inclusive pessoal, exclusive farmácia.

- total AM = ambulatorial + hospitalar + sanatorial + administração.

Fonte: Tabela elaborada a partir de dados fornecidos por: INPS - Secretaria de Assistência Médica e Grupo de Planejamento.

O que vai ocorrendo é uma vinculação do gasto com aquelas práticas médicas mais tecnificadas, relacionadas, portanto, com o consumo dos produtos da indústria de equipamentos e aparatos médicos bem como com a produção de medicamentos.

As unidades de serviços de saúde estão, assim, submetidas a uma tendência concentradora, de se tornarem empresas capitalistas, no sentido de elevação de seus requisitos de capital.

A composição do gasto entre assistência ambulatorial e hospitalar é elucidativa.

Enquanto a participação do dispêndio em assistência ambulatorial em relação ao total da assistência médica declina de 36,2% em 1960 para 23,0% em 1967, a participação da assistência hospitalar eleva-se de 22,0% para 58,2% no mesmo período, conforme se vê na tabela 8. Portanto, quando os dados já se referem ao INPS, o que se verifica é a cristalização de um padrão que já vinha sendo gestado desde o fim dos anos 50 e que se acelera nos anos 60.

Entre 1960 e 1967 o valor real gasto com assistência médica (inclusive os relativos a pessoal e farmácia) sobe em 3,3 vezes. No mesmo período o gasto hospitalar, sem considerar o farmacêutico, sobe 9 vezes; e o ambulatorial apenas 2,1 vezes (ver tabela 8).

Como veremos mais à frente, esses movimentos vão resultar numa integração ampliada entre Estado, empresas de serviços médicos (clínicas e hospitais particulares) e em-

presas industriais (farmacêutica, de equipamentos e aparatos médicos) que corresponderá a uma avançada organização capitalista no setor.

Verificar-se-á também que já antes da centralização, no que toca ao Complexo Produtor de Serviços de Saúde-estava assentada a estrutura da rede assistencial que serviria de base aos contratos e convênios do INPS.

Em 1965, 63% dos leitos existentes no Brasil pertenciam à rede particular enquanto 37,0% à oficial. Posteriormente essa tendência vai se acentuando; porém, a composição fundamentalmente privada daquele complexo de serviços já estava dada.

As pressões advindas da "perda de saúde" sobre o sistema previdenciário tornam-se consideráveis a partir de 1960. Para este ano, se somarmos auxílio doença, assistência médica e aposentadoria por invalidez, teremos 62,6% do total de gastos da Previdência Social; em 1967 teremos 59,2%, sendo que ao longo destes anos o menor coeficiente foi de 58,3%.

Tabela 9

Capacidade da Rede Hospitalar

Nº de leitos	1945 (1)		1950 (2)		1960 (3)		1965 (4)		1971 (5)		1975 (6)	
OFICIAIS	55.454	44,4	74.976	46,1	97.526	37,9	84.494	37,0	124.601	33,9	124.734	31,6
Federal	10.421		15.433		14.631				23.496		26.052	
Estadual	39.067		52.099		67.518				84.738		82.554	
Municipal	5.491		5.671		9.996				7.414		8.723	
Para-Estadual	475		1.773		5.381				8.953		7.405	
PARTICULARES	68.885	55,1	87.539	53,9	159.845	62,1	144.051	63,0	242.921	66,1	270.048	68,4
Lucrativas	9.820	14,2			22.976	14,4			106.929	44,0	122.016	45,2
Não-Lucrativas	59.065	85,8			136.869	85,6			135.992	56,0	148.032	54,8
TOTAL	124.992		162.515		257.371		228.545		367.522		394.782	

(1) Fonte: "Plano Salte - O setor saúde", de J. Carneiro, Imprensa Nacional, 1948.

OBS: Este trabalho, de autoria de um deputado membro da Comissão de Saúde da Câmara, elaborado durante os debates do Plano Salte, reúne um conjunto de dados compilados numa época em que a estatística no Brasil era muito pouco rigorosa. A tabela que fornece os dados acima, por exemplo, não indicava fonte nem o ano a que se referem as informações. Ademais, a classificação era diferente daquela adotada posteriormente, exigindo de nós uma interpretação necessariamente arbitrária. 1. Consideramos como não lucrativas as entidades mantidas por irmandades religiosas, beneficentes e sindicais (inclusive patronais); além das fundações e da Cruz Vermelha. As demais entidades não oficiais foram consideradas de fins lucrativos. 2. No caso de convênios entre o governo federal e as prefeituras municipais (150 leitos), agregamos os dados aos do governo federal. Quando os convênios eram entre o Governo Estadual e o Municipal (56 leitos) preferimos o Governo Estadual, na suposição de que os recursos provavelmente provêm do nível mais elevado de administração. 3. O total geral difere da soma das parcelas, devido à existência de 653 leitos cuja entidade mantenedora era "ignorada", na tabela-matriz.

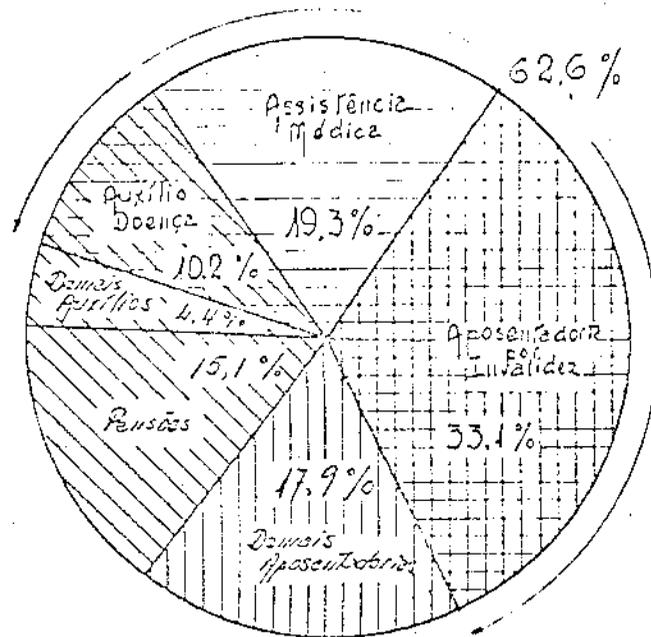
(2) Fonte: "Brasil Hospitalar 1950" - Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Saúde.

(3) Fonte: "Saúde e Saneamento em S.Paulo", Paulo Carvalho e Castro. Comissão Inter-Est.da Bacia do Paraná-Uruguai, 1964.

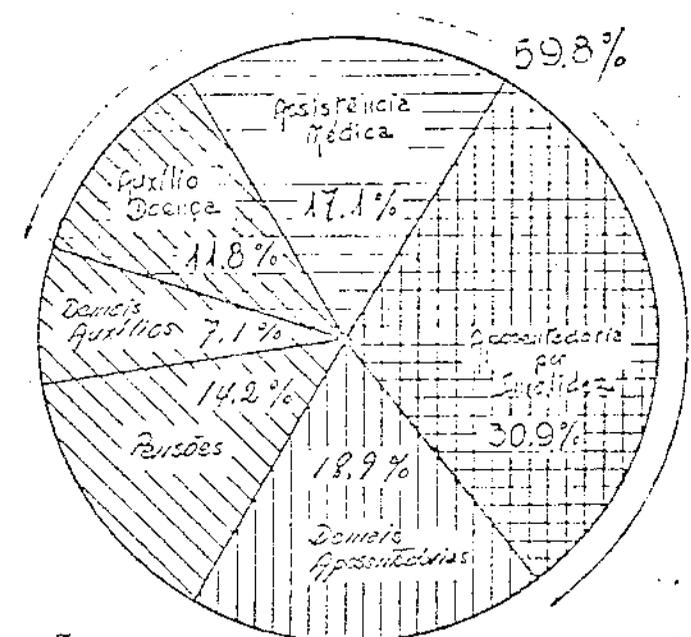
(4) Fonte: "Primeiro Curso Hospitalar do Brasil", Ministério da Saúde, Depto. Nacional de Saúde, 1965.

(5) Fonte: "Cadastro Hospitalar Brasileiro", Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência Médica, 1973.

(6) Fonte: "Hospitais do Brasil", de Niversindo A.Cherubin - Convênio Sociedade Beneficente São Camilo e CEBRAE.



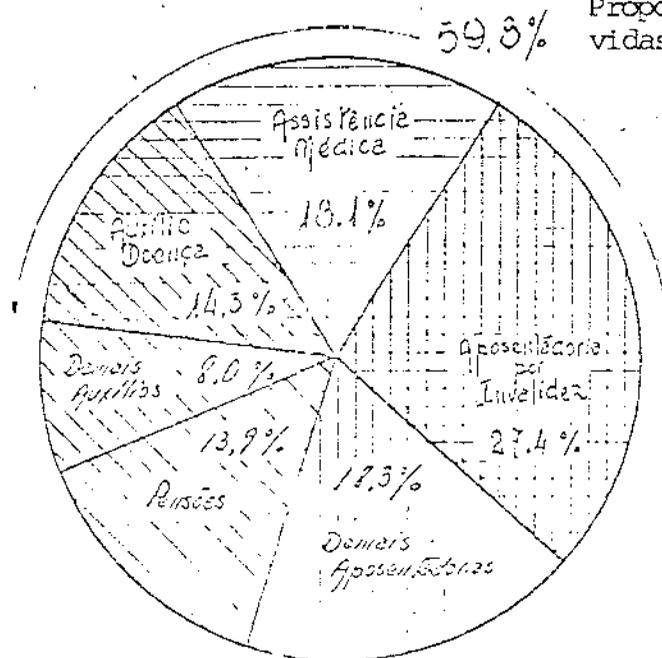
1960



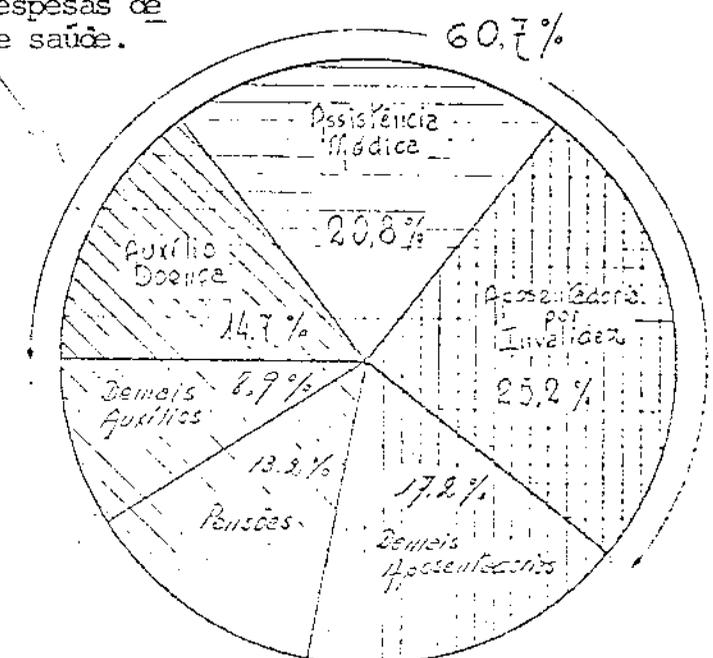
1961

Despesas com prestações, dos ex-IAPs, no período de 1960 a 1963.

Proporção das despesas de vidas à perda de saúde.

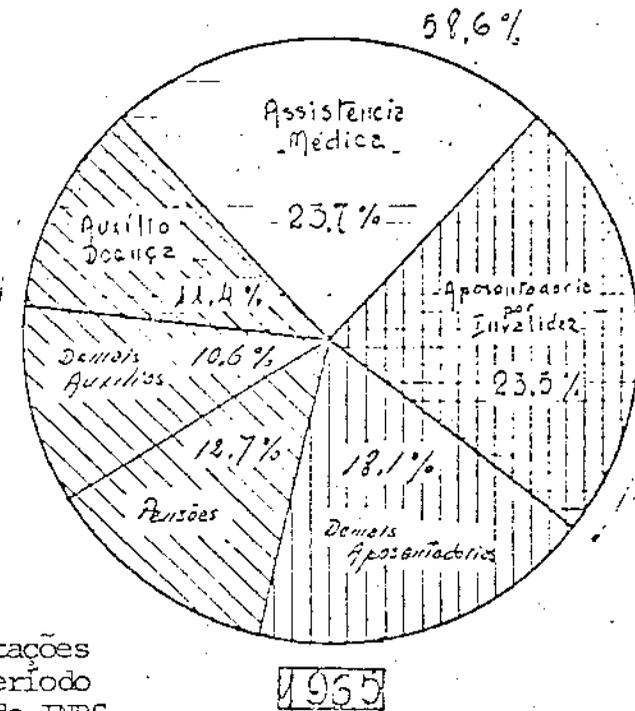
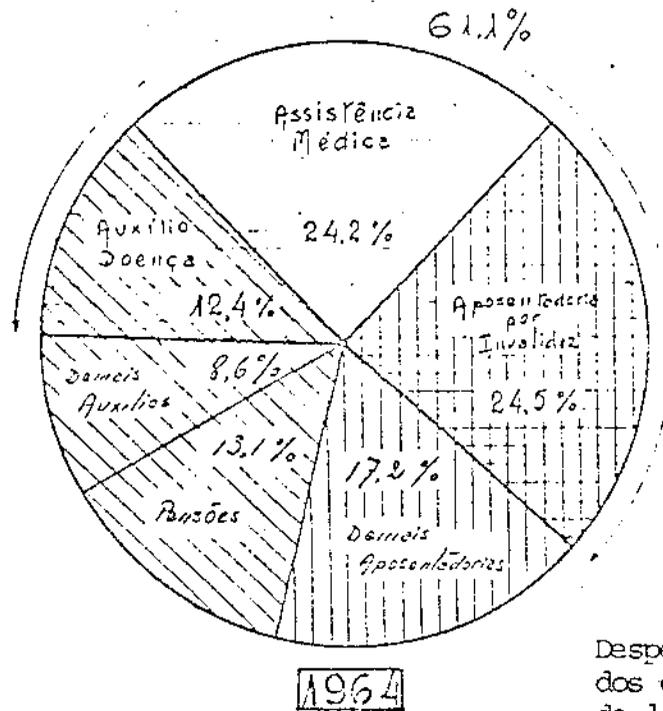


1962

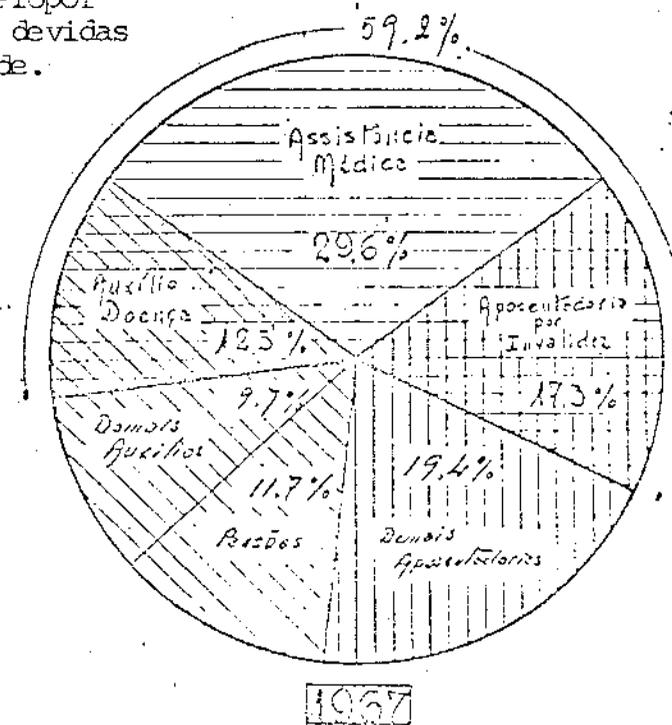
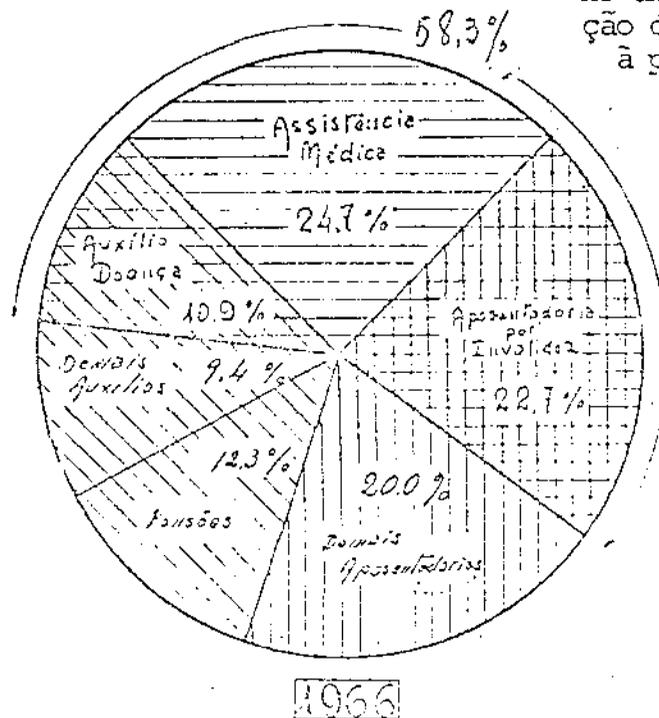


1963

Nota: Pesquisa efetuada sob orientação de Murillo Villela Bastos, atualmente assessor de Estudos Especiais do Ministério de Previdência e Assistência Social.



Despesas com prestações dos ex-IAPS, no período de 1964 a 1966 e do INPS no ano de 1967. Proporção das despesas devidas à perda de saúde.



Vimos assim a crescente pressão da demanda sobre o sistema previdenciário, os sinais de decadência da estrutura anterior e o estabelecimento de novas relações entre o complexo prestador de serviços e sua retaguarda industrial que determinam uma reestruturação no atendimento previdenciário.

Em 1960, a previdência brasileira era composta por seis institutos (em 1953 foi criado o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Servidores Públicos pela unificação das anteriores Caixas de Aposentadoria), sendo este o momento de maior desenvolvimento de sua primeira etapa e é exatamente quando revela-se o colapso de sua base institucional e de seu suporte econômico-financeiro.

Não me refiro a um colapso técnico, que deva ser entendido a partir, por exemplo, de uma análise financeiro-atuarial, não obstante esta deva, naturalmente, compor o quadro explicativo. O colapso a que me refiro - como vimos - decorre de modificações políticas e econômicas e tem como determinação essencial as mudanças estruturais pelas quais passa o setor de medicina previdenciária, o que inclui, ademais, aqueles problemas de ordem técnica.

Detenhamo-nos agora na questão financeira. A tabela 5 nos revela que ao longo da década 40 a relação Despesa total/Receita total dos institutos esteve entre 33,5% e 47,1%, evidenciando a existência de uma margem para capitalização. A partir dos 60 esta situação se altera.

Tabela 10

INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

Secretaria de Assistência Médica - Grupo de Planejamento

Demonstrativo da consolidação das despesas dos ex-IAPs, no período de 1960/66, e do INPS no ano de 1967 em valores absolutos e em percentual da receita (dupla contribuição) e da despesa geral com prestações

ANO	RECEITA DA CONTRIBUIÇÃO DE EMPREG. E EMPR.	TOTAL DAS DESPESAS COM PRESTAÇÕES		DESPESAS COM PRESTAÇÕES					
				PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA			ASSISTÊNCIA MÉDICA (despesa incluindo pessoal e farmácia)		
		Despesa em ECz\$ 1,00	Percentual da Receita	Despesa em ECz\$ 1,00	Percentual		Despesa em ECz\$ 1,00	Percentual	
					da Receita	da Despesa		da Receita	da Despesa
1960	58.453.371	51.421.847	95,1	41.483.769	77,6	80,7	9.938.078	16,5	19,3
1961	92.841.058	95.235.126	102,6	79.041.124	85,1	82,9	16.255.052	17,5	17,1
1962	161.410.364	152.005.931	94,1	124.546.859	77,1	81,9	27.459.072	17,0	18,1
1963	278.863.430	263.766.827	94,6	209.004.939	75,0	79,3	54.761.838	19,6	20,7
1964	589.181.928	532.783.919	90,4	404.021.068	68,5	75,8	128.767.911	21,9	24,2
1965	925.938.949	915.274.354	98,9	698.813.879	75,5	76,4	216.454.475	23,4	23,6
1966	1.533.576.877	1.444.298.182	94,2	1.087.496.453	70,9	75,3	356.801.729	23,3	24,7
1967	2.159.233.940	2.189.969.833	101,4	1.540.677.720	71,3	70,4	649.312.213	30,1	29,6

Fonte: Divisão de Contabilidade do DNPS.

Nota: Pesquisa efetuada sob orientação de Murillo Villela Bastos, atualmente assessor de Estudos Especiais do Ministério de Previdência e Assistência Social.

Neste ano aquela relação passa a 96,1%, crescendo para 102,6% em 1961, mantendo-se em média acima de 94%, entre 1960 e 1966.

Os problemas financeiros são, porém, mais graves do que indicam estes coeficientes:

"... a comparação da receita com a despesa mostra que no exercício de 1964 a Previdência Social apresentou superavit de 252 bilhões de cruzeiros, correspondendo a cerca de 27% de sua receita total. Infelizmente, o saldo assim apurado não representa disponibilidade financeira, pois que se trata de saldo econômico de natureza meramente contábil. Com efeito, da receita total da previdência participam todos os créditos conhecidos e ainda não recebidos pelas entidades previdenciárias até o encerramento das contas, alguns de realização incerta e outros de natureza irrealizável. Todavia, os valores correspondentes a esses créditos são lançados no lado da receita, juntamente com as importâncias efetivamente recolhidas. Somente o IAPI Industriários distingue nos seus balanços a receita efetiva da receita a realizar. O paralelo entre o total das despesas e a receita efetiva revela, por sua vez, um deficit de caixa da ordem de 10 bilhões de cruzeiros, no exercício de 1964" (53).

Este documento oficial identifica o agravamento da situação do sistema dada a incapacidade de compensação através da "acumulação de capitais e os rendimentos por eles proporcionados" (54). Ou seja, a deficiência técnica interna decorre da escassez de capitais e da insuficiência do rendimento das aplicações.

No Brasil, a partir de 1950 a base financeira dos institutos é uma combinação do regime de repartição - aquele em que o custeio está centrado nas receitas "correntes" , contribuições de empregados, empregadores e da União - com o regime de capitalização - aquele em que o custeio do sistema previdenciário advém das receitas de capital e patrimônio.

O regime de capitalização que desde algum tempo já acumulava problemas (55), dada a escassez de capital e a insuficiência dos rendimentos das aplicações, torna-se inviável a partir dos anos 60, quando a estes problemas soma-se um tal crescimento das despesas em relação às receitas, que desaparece o excedente para investimentos. Por outro lado, naqueles anos também se revela a crise do regime de repartição dadas as reduzidas receitas correntes.

Esta crise financeira da Previdência Social está analisada em documento do Ministério de Planejamento e Coordenação Econômica que resumo a seguir.

A redução dos saldos financeiros é resultado , ao longo do tempo, do efeito cumulativo dos benefícios de aposentadoria e pensões, "de modo que as receitas diretamente recolhidas do público não bastam para cobrir as despesas institucionais". A desigualdade de crescimento entre a massa de contribuintes ativos de um lado e a de trabalhadores inativos de outro é elemento importante do desequilíbrio. Entre 1950 e 1960 os contribuintes crescem na proporção de 100 para 142; os aposentados de 100 para 289 e os pensionistas de 100 para 223 (ver tabela 11).

Tabela 11

Evolução dos contribuintes, aposentados e pensionistas da Previdência Social (CAPs, IAPs e INPS)
número, taxas de crescimento e como percentual da população total e urbana

	1930	Δ %	1940	Δ %	1950	Δ %	1960	Δ %	1970	Δ %
Contribuintes (segurados ativos)	142.464		1.912.972	1.242,7	2.857.000	49,3	4.058.000	42,0	9.545.000	135,2
Aposentados	8.009		34.837	334,9	178.000	410,9	516.000	189,8	890.000	72,4
Pensionistas	7.013		63.138	800,2	296.000	368,8	656.000	121,6	614.000	93,5
População Total			41.236.300		51.944.000	25,9	70.967.200	36,6	93.215.300	31,3
População Urbana			12.880.200		18.782.900	45,8	31.990.900	70,3	52.108.800	62,8
		%		%		%		%		%
CONTR/Pop.Total		-		4,6		5,5		5,7		10,2
CONTR/Pop.Urbana		-		14,8		15,2		12,6		18,3

Fontes: Os dados sobre Contribuintes, Aposentados e Pensionistas têm as seguintes origens:

- para 1930 e 1940: Anuários Estatísticos - IBGE.
 - para 1950 e 1960: Diagnóstico Preliminar do Setor Desenvolvimento Social - Previdência Social Brasileira, EPEA, janeiro de 1966.
 - para 1970: Boletim Informativo, INPS, nº 28, outubro/dezembro de 1970.
- Os dados populacionais são dos Censos do IBGE.

Para compensar a redução dos saldos financeiros teriam de existir as rendas do patrimônio e capital, resultado da acumulação de capitais e seus investimentos em valores mobiliários e/ou imobiliários. Na existência, ou insuficiência destas rendas, apela-se, e isso ocorreu no Brasil, para a elevação das taxas de contribuição que aqui passaram de 3% para 5%, depois para 6%, mais adiante para 7% e finalmente, 8% agora.

Qual a razão para a escassez de capitais? São de duas ordens. Do lado da receita: o não recolhimento por parte da União e das empresas empregadoras das contribuições efetivamente devidas. Competia à União

"uma quantia até igual ao total das contribuições dos segurados, destinada ao custeio das despesas de administração geral, inclusive pessoal, das instituições de previdência social, bem como a cobrir as insuficiências financeiras e os deficits técnicos nelas verificados".

Seu débito com os Institutos em 31.12.1964 era de 425 bilhões de cruzeiros. O dos empregadores era de 140 bilhões de cruzeiros,

"não incluídas as contribuições sonegadas, os débitos ainda não levantados pelas unidades fiscais e não considerados os efeitos da correção monetária que sobre os mesmos devem recair".

Do lado das despesas: reajustamentos, abonos, majorações nos benefícios e auxílios; as elevadas despesas administrativas; etc. Problemas de receita e despesa reduzem as disponibilidades líquidas, reduzem-se os recursos destináveis aos investimentos, o que significa a queda futura e certa das rendas de patrimônio.

"No ano de 1955, a despeito das dificuldades então existentes, os montantes aplicados pela Previdência Social representavam mais de 30% do respectivo ativo total. Mas já no triênio seguinte, as relações caíram para 28%, 24%, e 22% até ser atingida, em 1964, a taxa de 13%. Seu declínio, todavia, deverá processar-se em ritmo ainda mais acelerado nos próximos anos, pois, além do ativo a realizar crescer mais rapidamente do que o ativo realizado, os saldos financeiros dos exercícios não oferecem melhores perspectivas" (56).

O que também contribuiu por fim para a derroca da das bases técnicas foi a "deficiência do rendimento patrimonial e imobiliário". Aqui está o baixo rendimento dos financiamentos para construção e aquisição de casa própria por parte dos segurados não sincronizados com aplicações financeiras de alta rentabilidade que compensasse o baixo retorno daqueles financiamentos sociais. Estes investimentos compensadores teriam sido paulatinamente abandonados. Deteriora-se "a taxa de rentabilidade dos capitais aplicados pelo sistema previdenciário". A Lei do Inquilinato, bloqueando a receita imobiliária, e a elevação dos níveis de salário mínimo, majorando os custos operacionais, "agravaram ainda mais a situação".

O plano de investimentos não se auto-financia.

"Em 1964, o patrimônio imobiliário na Previdência Social, representado por cerca de 50.000 unidades residenciais, apresentou um deficit financeiro superior a 5 bilhões de cruzeiros".

As rendas líquidas (de títulos, ações e depósitos bancários) naquele exercício foram de mais de 4 bilhões

de cruzeiros, insuficiente em 1 bilhão para cobrir o deficit das operações imobiliárias.

"Numa tentativa de resumo, pode-se afirmar que o sistema previdenciário brasileiro, apreciado do ponto de vista atuarial, na conformidade do regime financeiro de capitalização, em sua aceção clássica, não conseguiu constituir nem mesmo 3% do total de suas reservas" (57).

A este diagnóstico cabe acrescentar as diferenças entre os institutos tanto no que diz respeito ao gasto relativo com Assistência Médica, quanto às situações financeiras.

A partir de 1960 todos os institutos estiveram submetidos a crescentes pressões no sentido de elevar o seu gasto em assistência médica, no entanto, as respostas foram distintas. A fixação do percentual de gasto em assistência médica no total das despesas dependia basicamente da situação financeira do instituto e da força da pressão sindical, que era distinta segundo a categoria profissional (58).

Vejamos: o IAPI chegou a dobrar os recursos destinados à saúde como percentual de sua despesa. O IAPFESP manteve o seu gasto crescendo pouquíssimo e em 1966 tinha o menor coeficiente de gasto em saúde/gasto total. Os outros quatro, partem em 1960 com elevados índices de gasto com saúde, que praticamente se mantêm. Dentre eles, o de menor índice é o IAPC, conforme vimos na tabela 12.

Observa-se, portanto, que a diferenciação de benefícios e serviços era grande entre os institutos e funcio

Tabela 12

Diferenciação Financeira e na Prestação de Serviço, entre os IAPs

	Despesas com Prestações como Porcentagem da Receita							Despesas com Assist.Médica como Percentual da Receita						
	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966
IAPB	43,1	37,3	36,4	53,3	54,4	49,7	42,5	27,9	22,5	21,1	25,8	34,5	29,5	22,9
IAPC	100,8	175,2	94,3	91,3	82,4	70,4	81,5	21,5	32,3	16,6	18,5	18,6	17,8	16,7
IAPETC	139,1	111,9	130,2	132,2	125,3	127,2	142,1	44,6	32,8	36,9	40,2	44,6	38,9	45,4
IAPFESP	144,9	131,5	138,2	122,9	129,2	141,1	159,2	23,6	19,1	21,8	20,9	23,4	26,3	29,6
IAPI	78,0	82,6	84,2	88,2	81,1	99,9	86,1	9,8	9,1	10,6	14,0	16,4	19,8	20,8
IAPM	197,4	182,2	137,2	127,6	153,6	206,4	240,0	56,4	41,9	44,5	44,7	53,0	56,8	67,9

	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966
Desp.com Assist.Médica como percentual da despesa							
IAPB	64,7	60,3	58,0	59,6	63,4	59,3	51,9
IAPC	21,3	18,5	17,6	20,2	22,6	25,3	20,5
IAPETC	32,1	29,4	28,3	30,4	35,5	30,6	32,0
IAPFESP	16,3	14,5	15,7	17,1	18,4	18,7	18,6
IAPI	12,6	11,0	12,6	15,8	20,3	19,8	24,2
IAPM	28,6	23,0	32,5	35,0	34,5	27,5	28,3

Nota: Receita = Contribuições de Empregados e Empregadores
Prestações = Benefícios e Auxílios Pecuniários + Assistência Médica.

Fonte: Dados fornecidos por INPS - Secretaria de Assistência Médica - Grupo de Planejamento.

nava como base desagregadora de uma ação conjunta dos trabalhadores. Melhor dito: esta estrutura previdenciária diferenciada tem sua origem, em parte, na fragilidade política dos trabalhadores, impossibilitados que foram, como classe, de formular e impor uma política nacional de saúde que atendesse seus interesses comuns. Porém, no seu desdobramento, esta mesma estrutura previdenciária vai reforçar a divisão de interesses no seio das classes dominadas, acentuando aquela fragilidade política.

As condições financeiras também se apresentavam distintas. O IAPETC, o IAPFESP e o IAPM ingressam nos 60 em piores condições financeiras, que só fazem se agravar até 1960. O IAPC que também adentra os anos 60 em precária situação financeira, vai se recuperando a partir de 1963. O IAPI, apesar de manter-se em boa situação financeira durante todo o período, revela porém, ao final, uma relação crescente entre a despesa e a receita total, o que se explica, em boa parte, pela extraordinária expansão dos gastos com assistência médica. O IAPB mantém saldos financeiros ao longo dos seis anos considerados (ver tabela 12, já referida).

Retomemos a análise oficial:

"No tocante às possibilidades financeiras, o índice de solvência para o conjunto das instituições de previdência social estava representado por 1,11, significando que para 100 cruzeiros exigíveis a curto prazo dispunham as mesmas de 111, indicativo, sem dúvida, da existência de uma situação de desafogo financeiro, fato atribuível em grande parte, aos efeitos da correção monetária

dos débitos fiscais, instituída pela Lei nº 4.357-64. Em relação, porém, ao IAPETC, IAPFESP e IAPM não é válida essa conclusão pois, para cada 100 cruzeiros exigíveis, dispunham essas entidades, respectivamente, de 78, 40 e 24 cruzeiros" (59).

Está assim comprovado que os institutos não conformavam uma estrutura e dinâmica comuns o que, entre outras coisas, impedia que o equilíbrio financeiro de alguns - em parte alcançado com as medidas de correção monetária estabelecidas pelo governo, a partir de 1964 - tivesse efeito corretivo sobre os demais. Em consequência, aquelas medidas mostravam-se incapazes de equilibrar financeiramente o sistema como um todo e igualmente insuficientes para a igualação superior dos benefícios e serviços.

Ademais, é importante considerar que a boa situação financeira de alguns institutos não significava necessariamente a oferta de melhores benefícios. Ilustrativo é o caso do IAPC, com favoráveis saldos financeiros e ao mesmo tempo baixos níveis de assistência médica aos seus segurados.

Vimos até aqui o processo de decadência da estrutura anterior e vimos também que os componentes básicos da reforma do setor já vinham se configurando com nitidez desde fins dos 50, cabendo agora ao Estado institucionalizar e impulsionar uma nova política de saúde.

Assim, na crise do "Setor Saúde", cuja culminância ocorre em 1966, já se identifica a

"necessidade de criação imediata de uma fonte de custeio específica (para a assistência médica), retirando o caráter condicional da prestação dos serviços aos recursos residuais disponíveis...";

como também já está clara, a nível do poder, a exigência funcional de articulação dos serviços médicos previdenciários

"porquanto embora existam numerosas entidades públicas e privadas operando no país, nenhum plano orgânico foi estabelecido no sentido de congregar todos os esforços para um objetivo comum. Toma-se imperioso, pois, através de acordos e convênios, estreitar a coordenação dessas atividades isoladas, sem o que os recursos financeiros continuarão a carecer de melhor aproveitamento"; (60)

e finalmente, o discurso oficial já aponta que:

"A unificação significará, isto sim, uma unidade de comando e de orientação técnico-administrativa. Aglutinando-se os órgãos de direção, maior facilidade encontrará a administração superior na condução nacional da Previdência e no estabelecimento de critérios gerais de economicidade" (61).

Este diagnóstico aponta, precisamente, para as linhas mestras que balizarão, na etapa seguinte, a nova política nacional de saúde.

Em resumo, a crise econômico-financeira do sistema previdenciário, que se inicia no final dos anos 50 desem

boca, na década seguinte, numa crise geral da estrutura do setor saúde. Nesta crise, não só desmonta-se o padrão anterior como emerge o novo, presidido pelo princípio de capitalização da medicina. Nosso próximo passo será examinar a dinâmica desse processo.

Capítulo II

A POLÍTICA ESTATAL EM SAÚDE E A
CAPITALIZAÇÃO DA MEDICINA (1966-1978)

Vimos anteriormente que os anos 1960-1961 marcam o início da crise do sistema nacional de saúde. De um lado, o sistema previdenciário era incapaz de responder à crescente pressão da massa assalariada urbana pela ampliação e melhoria dos serviços: carecia de bases financeiras sólidas e, institucionalmente, esbarrava na diferenciação entre os Institutos quanto a benefícios e serviços em geral. De outro, a expansão do atendimento à saúde pública colidia, de há muito, com a estreiteza financeira do Estado, desenhando-se progressivamente um quadro nada animador.

É sabido que a crise se resolve com a restauração do setor saúde promovida após 1964. Mais precisamente, a solução da crise consistiu na reforma da medicina previdenciária, ao mesmo tempo em que o atendimento à saúde pública ficou inteiramente relegado.

Creio que a reforma previdenciária está assentada em três pilares fundamentais. Em primeiro lugar, o Estado amplia os recursos financeiros disponíveis, acrescentando o ônus suportado pelos usuários. Em segundo lugar, o Estado acentua, em muito, seu papel de mobilização e centralização financeiras, de que é expressão maior a unificação dos institutos previdenciários. Finalmente, a ação das instituições estatais (INPS, CEME e FAS) que coordenam o "Setor Saúde" assegura

a ampla predominância da empresa privada, que leva na área de prestação de serviços à tecnificação do ato médico e ao assalariamento em larga escala dos profissionais em medicina.

É indiscutível que os traços básicos da reforma vinham se gestando no período anterior. Não é verdade que o clamor pelo crescimento dos serviços era cada vez maior? As deficiências financeiras não indicavam a necessidade da ampliação dos recursos e de centralização institucional? Não é certo que seria inevitável a homogeneização dos serviços? A expansão da rede hospitalar privado-lucrativa não criara fortes interesses capitalistas nesta área? A indústria farmacêutica já não estava dominada por empresas estrangeiras com acentuada concentração e diferenciação de produtos? O avanço da tecnificação do ato médico e o assalariamento por acaso não eram já previsíveis?

É preciso, no entanto, ter bem claro que a solução adotada é apenas uma das possíveis. Melhor ainda, é a solução que faz prevalecer os interesses capitalistas em geral e os interesses capitalistas ancorados no setor.

Esta verdade insofismável está inteiramente escamoteada no discurso do poder. A reforma aparece como tecnicamente inexorável e a ampliação dos serviços como a prova definitiva do acerto das medidas (62).

Por outro lado, a reforma tem sido objeto de críticas de inspiração variada. Correndo os riscos das simplificações, penso possível identificar três vertentes críticas. A primeira, de natureza tecnocrática e respaldada numa visão

econômica neo-clássica, credita as deficiências aos descaminhos do planejamento, à descoordenação governamental, à inadequada administração da receita e, enfim, a fatores institucionais tomados abstratamente. A segunda, de cunho liberal, investe contra a deturpação da prática médica trazida pela realidade da empresa médica e do médico assalariado, a partir, é claro, de uma relação médico-paciente idealizada de acordo com os cânones da prática médica do "profissional independente e responsável". Por fim, há uma certa crítica ética de matriz idealista, que condena a degeneração da medicina trazida pelo seu caráter lucrativo e que veria na estatização a solução de todos os problemas.

Não tenho dúvidas de que há em todas elas um grão de verdade. Mas estou convencido também que nenhuma é capaz de elucidar a questão em sua totalidade. Para isto é indispensável examinar as formas de financiamento da medicina previdenciária, a natureza e as formas de intervenção do Estado, a estrutura e a dinâmica do setor saúde propriamente dito e, a partir daí, a tecnificação do ato médico e o assalariamento; é necessário, enfim, estabelecer as relações entre a política de saúde e política econômica e demonstrar sua lógica num determinado momento do desenvolvimento do capitalismo no Brasil.

Os fatos não deixam margem para muita controvérsia quanto à despreocupação governamental com os problemas de saúde pública, pois mesmo as mentes mais chegadas à apologética encontrariam dificuldades para justificá-la ou encobri-la. Entretanto, mesmo aqui é preciso ir além das críticas corren-

tes, que tem-se limitado a apontar o agravamento da situação, ao mesmo tempo em que, corretamente, chamam a atenção para as relações entre saúde e as condições gerais de vida da população durante o "milagre". E dar um passo à frente consiste em concretizar a análise, demonstrando de que maneira o abandono da saúde pública pode ser explicado nos quadros da política econômica e das determinantes mais gerais do desenvolvimento capitalista após 1964.

Neste capítulo pretendo discutir a questão da saúde de 1964 a nossos dias, reconstituindo a dinâmica do Sistema Nacional de Saúde e demonstrando de que maneira a evolução recente desemboca numa crise, que evidentemente é apenas uma das faces da crise social atual.

1. O Gasto Estatal em Saúde

O caráter da política nacional de saúde posta em prática desde 1964 começa a se desnudar a partir da análise do nível e da composição do gasto público.

Vejamos em primeiro lugar as tendências do dispêndio da Administração Direta - União, Estados e Municípios - que se destinam basicamente à saúde pública, as chamadas medidas de atenção à saúde coletiva.

Revela-se ali claramente dois momentos: um de 1965 a 1972, outro de 1973 em diante.

Entre 1965 e 1972 pode-se afirmar que há praticamente um congelamento do nível de gasto.

De fato, os dispêndios da União - incluído o Ministério da Saúde - depois de um precário crescimento entre 1965 e 1968 passa, a partir daí, a revelar decréscimo real e/ou pequenas taxas de crescimento, de tal forma que em 1972 o patamar real de gasto era inferior ao de 1968 em mais de 3%.

Se considerarmos os Estados, Territórios, Distrito Federal e Municípios das capitais observar-se-á um comportamento mais favorável dado que principalmente por causa dos Estados, verifica-se taxas positivas de crescimento. Dado esse efeito compensatório, o total do Gasto Público direto em saúde (e saneamento) era em 1972 superior ao nível de 1968 em 25,7% (ver tabela 13). É necessário convir, porém, que parte significativa das despesas dos Estados devem destinar-se antes à assistência médica que à saúde pública.

Tabela 13

O Gasto Público com a Função Saúde* - 1965/75 - Administração Direta (exclui autarquias)

Gastos	Esfera de Administração	1965	%	△%	1966	%	△%	1967	%	△%
Em Cr\$1.000 correntes	União	165.108	42,1		208.517	37,1		336.961	40,2	
	Estados, Terr. e DF	213.028	54,4		326.975	58,2		460.730	55,0	
	Mun. das Capitais	13.823	3,5		25.914	4,6		40.399	4,8	
	Total	391.959			561.406			838.090		
Em Cr\$1.000 de 1976	União	1.977.993		-	1.809.302		-8,5	2.279.878		26,0
	Est., Terr. e DF	2.552.057		-	2.837.162		11,2	3.117.299		9,9
	Mun. das Capitais	165.599		-	224.855		35,8	273.339		21,6
	Total	4.695.667		-	4.871.319		3,7	5.670.516		16,4
		1968	%	△%	1969	%	△%	1970	%	△%
		494.922	40,1		499.252	31,2		666.459	22,6	
		680.072	55,1		1.023.798	64,1		987.630	71,2	
		59.896	4,8		74.566	4,7		86.349	6,2	
		1.234.890			1.597.616			1.387.117		
		2.695.840		18,2	2.251.626		-16,5	2.509.218		11,4
		3.704.352		18,8	4.617.289		24,6	3.718.427		-19,5
		326.253		19,4	336.293		3,1	325.104		-3,3
		6.726.445		18,6	7.205.248		7,1	6.552.749		-9,1
								1.855.239		
								2.563.685		2,1
								4.219.843		13,5
								427.671		31,5
								7.211.199		10,0

continua

1972	%	△%	1973	%	△%	1974	%	△%	1975	%	△%
973.181	17,1		1.397.404	32,1		1.813.567	31,2		2.617.027	24,3	
1.988.263	75,2		2.674.182	61,4		3.629.760	62,5		6.697.732	62,1	
202.178	7,7		283.369	6,5		368.455	6,3		1.462.314	13,6	
2.642.962			4.354.955			5.811.782			10.777.073		
2.601.312		1,4	3.244.772		168,3	3.271.675		1,0	3.697.859		13,0
5.314.627		25,9	6.209.450		16,8	6.548.087		5,4	9.466.721		44,6
540.422		26,4	657.983		21,8	664.693		1,0	2.066.249		210,9
8.456.361		17,2	10.112.205		43,1	10.485.477		3,7	15.230.830		45,3

Obs: Deflator utilizado: Conjuntura Econômica, coluna 2.

Fonte: Ministério da Fazenda - Secretaria de Economia e Finanças - Revista de Finanças Públicas.

(*) : Este gasto inclui uma parte do dispêndio geral do Estado em saneamento, aquela efetivada diretamente pelo Ministério da Saúde e principalmente pelo Ministério do Interior. A Lei 4.320, que fixou normas para elaboração de balanços da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, apesar de incluir os serviços de águas e esgotos e o controle da poluição na função serviços urbanos, inclui na função Saúde também certas ações de saneamento. Deste modo ainda que os dispêndios desta tabela refiram-se basicamente a medidas de Saúde em sentido estrito, ele inclui uma parte não significativa relativa a saneamento. Na Lei 4.320 são as seguintes as ações em Saúde: administração; assistência médico-hospitalar; assistência médico-ambulatorial e domiciliar; assistência à maternidade e à infância; profilaxia de moléstias infecto-contagiosas; higiene, controle e erradicação de endemias; saneamento; pesquisas, fiscalização e educação sanitária.

O descuramento das medidas de atenção coletiva à saúde da população fica mais patente ao verificarmos a participação decrescente do orçamento do Ministério da Saúde no orçamento global da União. Em 1968 com 2,21% e em 1972 com 1,40% (ver tabela 14).

Finalmente, o comportamento dos gastos em alguns programas específicos daquele ministério não deixam a menor dúvida sobre o declínio da Saúde Pública.

A Atenção Materno-Infantil entre 1965 e 1969 tem três anos de declínio e dois de recuperação, chegando ao final do período com um patamar de gasto real semelhante ao do princípio, porém inferior ao que prevalecia em 1957. Para a Tuberculose, gastava-se em 1969 menos do que em 1964 e menos ainda do que o verificado em 1956. O combate às endemias rurais através do DNEKu, privilegiado quanto ao dispêndio até 1965, reduz-se gradativamente ao nível real, que é em 1969 inferior ao prevalecente em 1964 assim como ao de 1958. A Leprosia é igualmente descurada no que diz respeito ao gasto estatal, constatando-se reduções dos níveis reais (ver tabela 12, já citada).

Poder-se-ia argumentar que este panorama deveu-se a uma melhoria das condições de saúde pública, sendo o gasto declinante nada mais que uma consequência natural. Infelizmente esta não é a verdade e nem mesmo o discurso oficial argumenta dessa forma.

Tabela 14

PARTICIPAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO ORÇAMENTO DA UNIÃO*

Exercício	Orçamento do M.S. (% do orçamento da União)
1961	4,57
1962	4,31
1963	4,10
1964	3,65
1965	2,99
1966	4,21
1967	3,44
1968	2,21
1969	2,58
1970	1,60
1971	1,32
1972	1,40
1973	0,91
1974	0,90

(*) Consolidação do gráfico de VEJA (4.09.75, p.49) e da tabela do documento "Execução Orçamentária 64-65", do MS. (4).

Fonte: Cf. Buss, P.; Shiraiwa, Tizuko; Maranhão, E.- Ministério da Saúde e Saúde Coletiva: A história de 20 anos (1953-74). IMS - UERJ - mimeo., 1976.

Tratava-se, na verdade, de uma decisão de política de gasto. Um certo padrão de estruturação do "Setor Saúde" implantou-se no período, com ênfase no gasto em medicina previdenciária e simultâneo descuramento da Saúde Pública.

Fundamentalmente devido à restrição de recursos imposta ao Ministério da Saúde, verifica-se entre 1965 e 1972 uma perda de posição do Gasto Público direto em saúde, comparativamente ao indireto, composto pelo INPS e promotor da assistência médica individual da Previdência Social.

Em 1967, União, Estados e Municípios respondiam por 56,0% do Gasto Estatal em Saúde (e saneamento) enquanto que em 1972 sua participação estava em 45,1%. Ao mesmo tempo a participação do INPS evoluiu de 44% para 51,7% (63). (Ver ta bela 15).

Tabela 15

Gasto Público em Saúde (saneamento) (Cr\$ 1.000 de 76)

Administração Direta, INPS e FUNRURAL

	1967			1968			1969			1970		
		%	△%		%	△%		%	△%		%	△%
Total Gasto Direto (União Est. e Munic.)	5.670.516	56,0	-	6.726.445	58,2	18,6	7.205.248	50,6	7,1	6.552.749	43,0	-9,1
INPS	4.445.871	44,0	-	4.818.308	41,8	8,3	7.024.520	49,4	45,7	8.685.095	57,0	23,6
FUNRURAL	-			-			-			-		
TOTAL	10.116.387	100		11.544.753	100		14.229.768	100		15.237.844	100	7,0

	1971			1972			1973			1974			1975		
		%	△%		%	△%		%	△%		%	△%		%	△%
	7.211.199	44,0	10,0	8.456.361	45,1	17,2	10.112.205	43,8	43,1	10.485.477	41,7	3,7	15.230.830	43,5	45,3
	8.754.476	53,2	0,7	9.659.757	51,7	10,3	12.102.396	52,4	25,2	13.283.409	52,9	9,7	17.552.105	50,1	32,1
	469.837	2,8		616.968	3,2	31,3	870.149	3,8	41,0	1.340.064	5,4	54,0	2.184.975	6,4	63,0
	16.445.512	100	7,9	18.733.086	100		23.084.750	100	33,1	25.108.950	100	8,7	34.967.910	100	39,2

Fontes: Revista Finanças Públicas - MF - Secretaria de Economia e Finanças.

INPS - Secr. de Planejamento - Coordenação de Estatística (os dados desta tabela vem de nossa tabela 18).

SINPAS - Grupos de Custeio

Obs: Não usamos dados do FUNRURAL até 1970 porque só a partir daí seus gastos tomam-se significativos.

Nota: Deflator utilizado: Conjuntura Econômica - coluna 2.

Ainda que o montante de recursos não seja uma medida absoluta da atenção à saúde, como à sua ausência não corresponderam medidas menos custosas porém mais frutíferas, a conclusão é, fatalmente, a do agravamento das condições de saúde pública.

É inegável que chegamos a 1973 com um quadro de saúde pública ainda grave, configurado pela conjugação de enfermidades crônico-degenerativas ao lado das infecto-contagiosas; pela ocorrência nos centros urbanos de endemias antes somente encontradas nas áreas rurais, como a esquistossomose e a doença de chagas, etc; pelo retorno da tuberculose como enfermidade significativa nacionalmente; pela vigência da desnutrição e de altas taxas de mortalidade infantil (64).

Do ponto de vista do Gasto Estatal em Saúde os anos 1973/74 assistem uma recuperação do nível real do dispêndio. Já em 1975 era possível identificar um esforço para elevar o dispêndio da União, superior em 42,1% ao nível real de 1972. O Gasto Global, incluindo Estados e Municípios sobe 80,1%.

Na verdade, o Ministério da Saúde, durante os anos de 1973 e 1974 continua sem merecer prioridade na política de gastos do governo. Sua participação no Orçamento Geral da União é de 0,91% e 0,90% respectivamente, inferior ainda ao percentual atingido em 1972. (Ver tabela 14, já referida).

O nível real de recursos financeiros permanece congelado: teria crescido de 1,8% em 1973, mas decrescido de 0,2% em 1974, conforme a tabela 16 .

Tabéla 16
Ministério da Saúde
(Cr\$ 1.000 de 76)

Anos	Recursos Financeiros	
	Valor *	Δ %
1970	1.197.605.0	
1971	1.172.419.1	- 2,1
1972	1.213.281.9	3,4
1973	1.236.301.5	1,8
1974	1.232.668.3	- 0,2
1975	1.673.492,4	35,7

* Deflator utilizado: Conjuntura Econômica, coluna 2.

Obs: Dotação orçamentária + Créditos especiais.

Fonte: Elaborada a partir de dados da Assessoria de Orçamento da Secretaria Geral e outros órgãos do Ministério da Saúde; in Barat, Ana Maria, Política Nacional de Saúde, mimeo, 1977.

Observemos também o que ocorre com alguns programas específicos do ministério entre 1972 e 1974. A Secretaria de Saúde Pública e a Superintendência de Campanhas (SUCAM), são os órgãos que a partir de mais uma classificação, respondem pelas medidas de atenção à saúde coletiva. A primeira apresenta um decréscimo real de gasto da ordem de 14,9%, enquanto a segunda registra um crescimento de 47,4%. (ver tabela 17).

Tabela 17

Ministério da Saúde

Evolução dos gastos diretos, por programa - 1971 a 1975
Em Cr\$ 1.000 de 1976

	1971	△%	1972	△%	1973	△%	1974	△%	1975	△%
Administração	391.691		462.969	18,2	473.407	22,5	530.522	12,1	749.115	41,2
Sec. Saúde Pública	193.221		184.600	-4,5	165.461	-10,4	157.172	-5,0	166.680	6,0
SUCAM	227.566		226.010	-0,5	406.784	80,0	333.314	-18,1	553.753	66,1
Sec. Assistência Médica	142.355		157.536	10,6	150.368	-4,5	175.852	16,9	161.087	-8,4
Del. Federal Saúde	165.869		178.473	7,6	21.903	-87,7	20.185	-7,8	23.012	14,0
Total dos Programas	1.120.702		1.209.589	7,9	1.217.924	6,9	1.217.045	0	1.653.704	35,9

Fonte: Ministério da Fazenda - Balanços Gerais da União.

Este último resultado reflete uma reativação do combate às endemias rurais, agora sob controle da SUCAM, que a partir de 1969 substituiu o DNERu.

Também dá conta de como problemas endêmicos graves persistem - como já frisamos, endemias antes rurais e agora também urbanas - e significa um começo de reconsideração por parte do Estado de sua política omissa quanto às condições de saúde da população rural.

O conjunto dos programas, porém, como demonstra a evolução global de despesas do Ministério não apresenta até 1974 mais do que uma lenta recuperação do patamar real deprimido nos anos 60.

É somente a partir de 1975 que as evidências empíricas assinalam uma reanimação no âmbito do Ministério da Saúde, cujos recursos financeiros expandem-se em 35,7% em relação ao ano anterior, conforme foi visto na tabela 16. As despesas igualmente crescem em torno de 35%, no conjunto dos programas; de 66,1% para a SUCAM e de 6% para a Secretaria da Saúde Pública (já mencionado na tabela 17).

Esta tentativa é ao mesmo tempo de dinamização e de rearticulação do aparelho estatal de saúde pública (65).

Um sinal disso são as transferências financeiras do Ministério fundamentalmente às Secretarias Estaduais de Saúde, na proporção de 26,4% e 16,8% da disponibilidade financeira ministerial, nos anos de 1974 e 1975, respectivamente (66).

Fica a indagação: porque esta mudança a partir de 1975?

Acredito que desde 1974 a questão da saúde amplia-se politicamente. É o fim do "milagre", e o Estado passa a se preocupar com um certo respaldo popular, que não lhe foi garantido nas disputas eleitorais daquele mesmo ano. Porém, isto não é tudo. A partir dali as demandas da população por assistência à saúde são de tal monta que conduzirão junto com outros fatores a uma nova reforma previdenciária. Nestes anos recentes se explicitará a impotência de uma medicina previdenciária frente às condições de saúde da população quando as medidas de caráter coletivo estão descuidadas.

De 1967 até hoje a assistência médica, no âmbito da Previdência Social, veio crescendo a taxas elevadas, enquanto se assistia, como demonstramos, a uma completa retração dos gastos em Saúde Pública, num primeiro momento, e num segundo, uma tentativa de recuperação cerceada pela crise econômica que tem início em 1974.

Em 1970, o nível real dos gastos do INPS com Saúde - despesas correntes em assistência médica (68) - já era superior ao de 1967 em 95,3%, consequência das taxas elevadas e sustentadas de crescimento desde sua criação em 1967 (ver tabela 18). A relação entre as despesas com saúde e o total das despesas do INPS - quando de sua criação em 1967 - era de 22,4% enquanto em 1970 já havia crescido para 26,7%.

A partir de 1970 prossegue a elevação sistemática da parcela gasta pelo sistema previdenciário no atendimento

Tabela 18

INPS - Despesas Correntes do Programa Saúde * - Cr\$1.000 de 76

Anos	(1)		(2)		(3)		(4)		(5)	
	Total	△%	Adm.Espec.	△%	Ass.Ambul.	△%	Ass.Hosp.	△%	AM.Aciden.	△%
1967	4.445.871		494.703		1.034.731	-	2.916.437	-	-	
1968	4.818.308	8,3	96.336		1.098.535	6,2	3.494.501	19,8	128.930	-
1969	7.024.520	45,7	209.269		1.802.219	64,1	4.706.943	34,7	288.049	123,4
1970	8.685.095	23,6	187.787		2.584.929	43,4	5.502.841	16,9	391.466	35,9
1971	8.754.476	0,7	175.381	-	2.698.363	-	5.427.965	-	452.770	-
1972	9.659.757	10,3	199.636	13,8	3.134.114	16,1	5.738.789	5,7	587.215	29,7
1973	12.102.396	25,3	245.113	22,8	3.905.335	24,6	7.260.678	26,5	691.273	17,7
1974	13.283.409	9,8	322.954	31,8	4.302.022	10,2	7.869.254	8,4	789.180	14,2
1975	17.552.105	32,1	483.109	49,6	6.265.307	45,6	9.890.123	25,7	913.568	15,8
1976	23.901.058	36,2	541.586	12,1	9.018.542	43,9	13.401.556	35,5	939.375	2,8

RELAÇÕES

Anos	2/1	3/1	4/1	5/1	3/4
1967	11,1	23,3	65,6	0,0	35,5
1968	2,0	22,8	72,5	2,7	31,4
1969	3,0	25,7	67,0	4,1	38,3
1970	2,2	29,8	63,4	4,5	47,0
1971	2,0	30,8	62,0	5,2	49,7
1972	2,1	32,4	59,4	6,1	54,6
1973	2,0	32,3	60,0	5,7	53,7
1974	2,4	32,4	59,2	5,9	54,6
1975	2,8	35,7	56,3	5,2	63,3
1976	2,3	37,7	56,1	3,9	67,2

(*) incluindo despesas com Assistência Médica ao acidentado no trabalho.

Fonte: Tabela elaborada a partir de dados fornecidos por INPS; Secretaria de Planejamento; Coordenação de Estatística.

Obs.: Deflator utilizado - Conjuntura Econômica, coluna 2.

to à saúde de seus segurados. Em 1976, já 31,3% das despesas globais da Previdência Social destinavam-se à assistência médica. Resultado de taxas de expansão consideravelmente altas, especialmente em 1975 e 1976, quando se verifica um verdadeiro "boom" a partir da implantação do Plano de Pronta Ação (Portaria nº MPAS-39, de 5 de setembro de 1974)

"...destinado a tornar os serviços de saúde mais acessíveis, de imediato, aos beneficiários da Previdência Social".

Aceleraram-se desde então o credenciamento e convênios (69) com a rede privada e também, em escala bastante menor, com a rede oficial não-previdenciária.

Entre 1974 e 1976, ganha ênfase especial o atendimento ambulatorial, porém com taxas de atendimento hospitalar também elevadas.

Este "boom", dentro de um movimento já fortemente expansivo, revelava, num de seus aspectos, a permanente existência de uma demanda insatisfeita, extremamente elástica, mas também uma ativa acumulação de capital na rede privada, cujas taxas de lucro e de investimento, requeriam respaldo estatal, via elevação dos dispêndios do INPS.

Assim, em dez anos, o nível real de gasto da assistência médica promovida a partir do INPS se havia elevado em 437%. O FUNRURAL, que começa a operar com assistência médica efetiva a partir de 1972 eleva seus gastos até 1976 em 254%, como demonstrado na tabela 18 já citada; 19 e 20.

Tabela 19

INPS - Despesas com Assistência Médica e comparação com o total das despesas e receitas

(Cr\$1.000 de 1976)

	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
TOTAL DAS RECEITAS	21.316.689	26.218.971	30.197.129	32.420.976	35.957.243	41.808.299	51.729.179	57.596.772	63.919.906	81.656.471
TOTAL DA DESPESA	20.147.910	25.915.443	28.819.662	32.937.903	34.763.377	40.477.744	47.081.262	51.459.535	64.197.244	78.482.478
DESPESAS CORRENTES	19.879.352	25.351.461	28.313.144	32.515.995	34.326.731	40.130.405	46.539.376	51.022.920	63.142.335	76.422.514
Assistência Médica	4.445.871	4.818.302	7.024.520	7.024.520	8.754.476	9.659.757	12.102.336	13.383.409	17.552.135	23.901.658
DEPESA DE CAPITAL	268.658	561.983	506.518	421.108	436.646	347.349	539.896	436.615	1.055.819	2.049.944
Capital na A.M.	-	-	-	37.842	27.622	48.542	74.934	91.376	313.314	798.230

Dados extraídos da tabela acima

A Assistência Médica em relação ao total das despesas

	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
a) Segundo categorias econômicas, em porcentagens										
Despesas correntes AM/ /total despesas c.c.	22,4	19,0	24,8	26,7	25,5	24,1	26,0	26,0	27,8	31,3
Despesas capital AM/ /despesas capital total	0,0	0,0	0,0	9,0	6,3	14,0	14,1	20,9	29,7	38,9
b) Total das despesas com Assistência Médica										
Total despesas com AM (correntes + capital)	4.445.871	4.818.302	7.024.520	8.722.937	8.782.698	9.708.299	12.177.230	13.374.785	17.865.419	24.639.286
Total despesas com AM/ /total de despesa	22,1	18,5	24,4	26,5	25,3	24,0	25,9	26,0	27,8	31,5

Fonte: Balanços Gerais do INPS.

Obs: Os dados de Despesa e Receita incluem salário-família dos segurados, a contribuição para salário-família dos segurados e as Receitas e as Despesas do plano básico.

Tabela 20

FUNRURAL - Receita e Despesa em Cr\$ 1.000 de 76

Ítems	1972	% (*)	1973	%	1974	%	1975	%	1976	%
RECEITA (2)	3.756.613	100,0	5.248.981	100,0	6.586.197	100,0	7.079.868	100,0	8.388.078	100,0
Contribuições Sociais	3.683.966	98,1	5.106.642	97,3	6.308.036	95,8	6.895.060	97,4	7.913.024	94,3
Contribuição de União	-	-	-	-	-	-	4.027	0,1	-	-
Receita Patrimonial	45.997	1,2	93.546	1,8	209.304	3,2	154.397	2,2	403.863	4,8
Outras Receitas	26.650	0,7	48.792	0,9	68.857	1,0	26.384	0,4	71.191	0,8
DESPESAS	2.402.615	64,0	4.525.045	86,2	6.833.507	103,8	7.396.478	104,5	9.173.002	109,4
Pessoal e adm.geral(1)	156.993	4,2	250.639	4,8	257.806	3,9	297.988	4,2	408.080	4,9
Benefícios	1.628.581	43,4	3.400.676	64,8	5.233.626	79,5	5.157.720	72,9	6.578.129	78,4
Saúde (2)	616.968	16,4	870.149	16,6	1.340.064	20,3	1.940.532	27,4	2.184.975	26,0
Assistência (3)	72	0,0	3.581	0,1	2.011	0,0	188	0,0	1.818	0,0
SUPERAVIT/(DEFICIT)	1.353.998	36,0	728.936	13,8	(243.310)	(3,8)	(316.610)	(4,5)	(784.924)	(9,4)

Obs: Deflator utilizado: Conjuntura Econômica, coluna 2

Fonte: SINPAS - Grupo de Custeio.

(*) (%) da receita total

(1) Referente as funções Benefícios, Saúde e Assistência.

(2) Somente despesas específicas: Assistência Ambulatorial e Hospitalar.

(3) Somente despesas específicas.

Em ritmo comparativamente bastante inferior entre 1965 e 1975, o gasto direto global teve seu patamar real ampliado em 224%, enquanto dentro dele, o dispêndio da União, - segmento, através do Ministério da Saúde, fundamentalmente responsável pela saúde pública - teve uma elevação de apenas 86,9% entre o começo e o fim do período. O próprio ministério entre 1971 e 1975 teve seu dispêndio real elevado em apenas 47,5% enquanto comparativamente o INPS crescia em mais de 100%. O gasto com medicina previdenciária (INPS mais FUNRURAL) era em 1975 superior ao gasto direto em saúde na proporção de 29,8%, enquanto em 1967, ao contrário, era sobrepujado em 27%.

Os últimos dez anos deixam claro que a política nacional de saúde atribuía quase que unicamente à medicina previdenciária a atenção à saúde da população, estancando o segmento relativo a medidas coletivas, incluído o saneamento. Isto se fez em meio a articulações entre Estado e Capital privado, na área industrial, de serviços e financeira, que vieram a conformar um verdadeiro setor de acumulação de capital.

E isto é de certa forma reconhecido no próprio discurso oficial:

"Além de insuficientes (apesar de seu vulto) para o atendimento satisfatório da população, os recursos canalizados para o setor de assistência médica da previdência social não se originam da tributação geral, isto é, não provêm do orçamento da União. A assistência médica da previdência social é custeada - todos o sabem - por contribuições dos segurados e das empresas destinadas, co-

mo previsto na Constituição, à cobertura dessa e das demais prestações previdenciárias. E essas contribuições não poderão, sob pretexto algum, ser desviadas de sua finalidade constitucional e regulamentar"... "Carecem inteiramente de fundamento, por conseguinte, os reparos sobre a desproporção entre os recursos alocados à saúde pública e à assistência médica previdenciária quando sugerem a elevação dos primeiros mediante utilização de parte de receita de contribuições de previdência social. Há desproporção, sim, entre dois orçamentos, mas o da saúde pública é que necessita ser elevado, e não o outro rebaixado. A solução do problema estaria, assim, na obtenção de novas fontes de custeio para os programas de saúde pública" (70).

Conforme foi frisado anteriormente, é insolúvel a questão da demanda por ações de saúde a menos que os problemas sejam atacados globalmente. Quer dizer combinando a medicina previdenciária com a saúde pública e com a elevação dos níveis de renda e consumo dos assalariados de base, melhorando as condições sanitárias gerais, etc.

Fatalmente os dez anos de "boom" da medicina previdenciária acabaram por provocar a necessidade de uma nova etapa de "racionalização" com a implantação do SINPAS, este ano, reformando o INPS (71).

Em realidade, o que se coloca ao Estado é conter o gasto com medicina previdenciária, porque a demanda não tem limites, como se verificou ao longo destes dez anos e, também, porque as articulações com o setor privado são onerosas, comprometendo-se o equilíbrio financeiro da Previdência Social.

2. As formas de financiamento

Uma vez discutida a natureza do gasto estatal a partir da distinção entre saúde pública e medicina previdenciária, uma indagação se coloca imediatamente: quem financia o dispêndio?

Quanto aos gastos em saúde pública, a resposta é bastante simples. Sua reduzida participação relativa e o caráter notoriamente regressivo da estrutura tributária brasileira indicam com certeza quem suporta seu peso: os assalariados. Ou alguém de boa fé poderia supor que a despesa em saúde pública funciona como mecanismo de redistribuição de renda?

No tocante à medicina previdenciária, é necessário tecer algumas considerações mais longas.

Como vimos, antes da unificação eram os segurados que sustentavam financeiramente o sistema, desde que a União não efetivava suas transferências e as empresas cumpriam seus compromissos de maneira muito limitada, acumulando débitos sobre débitos.

Esta situação permaneceu praticamente a mesma. Se não, vejamos.

Observando a composição da receita do INPS entre 1967 e 1976, verificamos um declínio permanente (de 9,2% para 4,7%) das transferências correntes como percentagem das receitas correntes, que representam mais de 99% da receita total. As transferências correntes são exatamente as contribuições da União, que deveriam cobrir a importância necessária

ao custeio das despesas com pessoal e administração geral, bem como as referentes aos reajustamentos de benefícios(72). (Ver tabela 21). Fica claro, portanto, a baixa participação da União no financiamento do INPS. Além disso, é perfeitamente lícito afirmar que o declínio do peso das transferências correntes ao menos indica um deficit da União para com a previdência, cuja existência ninguém duvida e cujo montante é impossível precisar.

As receitas patrimoniais e de capital, que correspondem aos retornos dos investimentos e ao apurado com a alienação de bens, tem sido irrelevantes no total da receita, demonstrando que a capitalização continua problemática: somente nos anos de 1975 e 1976 a receita patrimonial foi visível (2,3% e 2,2% da receita corrente, respectivamente), pois nos demais esteve abaixo de 0,5% (73).

Em suma, nem a União nem a capitalização tem sido o suporte financeiro da medicina previdenciária, que está, isto sim, apoiada na receita tributária do INPS, integrada pela contribuição de empregados e de empregadores, cujo peso sobe de 84% da receita corrente para 90% entre 1967 e os anos 70 (conforme a tabela 21 , já vista).

Ora, poder-se-ia argumentar que os empregadores suportam a maior parte dos gastos com medicina previdenciária. Nada mais falso, porém.

De fato, somente as contribuições dos empregados pode ser considerada um tributo direto. A parte paga pelos empregadores (empresas) deve ser considerada como custos

Tabela 21

INPS-Resumo dos Balanços Econômicos (retificados) (em % da Receita total)

	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
<u>RECEITA</u>	<u>100,0</u>									
Receitas Correntes	<u>99,9</u>	<u>99,7</u>	<u>99,7</u>	<u>99,6</u>	<u>99,4</u>	<u>99,1</u>	<u>99,7</u>	<u>99,9</u>	<u>99,9</u>	<u>100,0</u>
Receita Tributária	85,5	84,3	85,6	87,7	87,0	87,7	89,1	91,1	89,9	85,8
Receita Patrimonial	0,3	0,3	0,0	0,1	0,1	0,2	0,4	0,1	2,3	2,2
Receita Industrial	2,4	0,0	0,8	0,4	0,3	0,4	0,3	0,3	0,2	0,1
Transfs. correntes	9,2	8,8	8,5	7,4	7,7	7,6	6,6	5,4	4,8	4,7
Receitas diversas	2,5	6,3	4,8	4,0	4,3	3,2	3,3	3,0	2,7	7,2
<u>Receita de Capital</u>	<u>0,1</u>	<u>0,3</u>	<u>0,3</u>	<u>0,4</u>	<u>0,6</u>	<u>0,9</u>	<u>0,3</u>	<u>0,1</u>	<u>0,1</u>	<u>0,0</u>
<u>DESPESA</u>	<u>94,5</u>	<u>98,8</u>	<u>95,4</u>	<u>101,6</u>	<u>96,7</u>	<u>96,7</u>	<u>91,0</u>	<u>89,3</u>	<u>93,1</u>	<u>96,1</u>
<u>Despesas Correntes</u>	<u>93,3</u>	<u>96,7</u>	<u>93,8</u>	<u>100,3</u>	<u>95,5</u>	<u>95,8</u>	<u>90,0</u>	<u>88,6</u>	<u>91,6</u>	<u>93,6</u>
Despesas de Custeio	32,5	32,6	32,6	34,7	32,2	29,7	28,4	28,0	31,2	34,5
Transfs. correntes	60,8	64,1	61,1	65,6	63,3	66,1	61,6	60,6	60,5	59,1
<u>Despesas de Capital</u>	<u>1,3</u>	<u>2,1</u>	<u>1,7</u>	<u>1,3</u>	<u>1,2</u>	<u>0,8</u>	<u>1,0</u>	<u>0,8</u>	<u>1,5</u>	<u>2,5</u>
<u>SUPERAVIT</u>	<u>5,5</u>	<u>1,2</u>	<u>4,6</u>	<u>-1,6</u>	<u>3,3</u>	<u>3,3</u>	<u>9,0</u>	<u>10,7</u>	<u>6,9</u>	<u>3,9</u>

Fontes: MPAS - INPS - Balanços Gerais.

relativos a encargos sociais e como tal transferidas para frente sob a forma de aumento no preço dos produtos ou serviços. Esta transferência, para os preços, dos encargos sociais é exatamente possível na medida em que já está amplamente firmado na economia brasileira o controle oligopólico da produção e dos mercados (74).

Antes da reforma as contribuições das empresas eram simplesmente, digamos assim, adiadas... Depois, a legislação é rigorosa, prevê correção monetária, sanções, etc. ... e as empresas já não podem "adiar" seus compromissos com a previdência, mas sim podem, fazer uso do poder monopólico e repassá-los aos preços.

Nem as empresas, nem a União, portanto, suportam financeiramente a Previdência Social.

Tudo isto fica ainda mais claro quando recorremos a algumas comparações internacionais.

Os padrões mundiais de financiamento indicam que os governos contribuem em média com 40% dos recursos previdenciários e este percentual chega a 65% quando tomamos um grupo selecionado de países desenvolvidos e até "subdesenvolvidos". No Brasil, conforme já dissemos, a participação é de 9,2% em 1967, chegando a 4,7% em 1976.

Tabela 22

Participação média das fontes de recursos
da Previdência Social, 1963

Renda per capita (em US\$)	Nº de países	% de recursos financiados por				
		Segurados	Empregadores	(A)+(B)	Governo	Outros
abaixo de 500	29	12,2	40,6	52,8	40,9	6,3
500-999	9	16,4	35,4	51,8	41,0	7,2
1.000 - 3.000	15	22,8	27,7	50,5	43,4	6,1
Total	53	17,1	34,6	51,7	41,8	6,5

Apud: Bacha, E.L.; da Matta, M. e Mondanese, R.L. - Encargos Trabalhistas e Absorção de Mão-de-obra. Rio de Janeiro, IPEA, 1972, pg. 57.

Tabela 23

ESTRUTURA DO CUSTEIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL -
13 PAÍSES, 1963

PAÍSES	% DA RECEITA TOTAL DE 1963				
	Segu- rado	Empre- gador	Gover- no	Receitas de Capital	Outros
Dinamarca	13	9	76	1	1
Inglaterra	22	20	54	2	2
Irlanda	7	24	68	1	-
Islândia	17	12	64	6	1
Romênia	-	41	59	-	-
Suécia	17	23	57	3	-
Tchecoslová- quia	2	33	65	-	-
EUROPEUS	11,1	23,1	63,3	1,9	0,6
URSS	-	27	73	-	-
Canadá*	7	10	56	5	22
Austrália	9	11	77	3	-
N.Zelândia	47	4	47	2	-
Venezuela	10	18	71	1	-
Colômbia	8	33	58	-	1
MÉDIA GERAL	12,3	20,4	63,4	1,8	2,1

FONTE: L'Impact Macro-économique de la Sécurité
le Sociale, OIT, Genebra, 1970.

(*) O número alto de "Outros" justifica-se pe-
la inclusão de impostos e taxas vincula-
dos ao financiamento da previdência, equi-
valentes a 18% no caso do Canadá.

Apud: Bacha, E.L.; da Matta, M. e Mondanese, R.L. Op.cit., p.63

Comparadas internacionalmente, portanto, a contribuição do governo brasileiro ao sistema previdenciário é nitidamente insignificante.

Em suma, não há, a rigor, nem regime de capitalização, nem de repartição, pois são os assalariados e o público em geral que suportam direta ou indiretamente o financiamento dos serviços médicos previdenciários.

3. A determinante do padrão de gasto e da forma de financiamento

O exame do nível e da composição do gasto estatal em saúde e de suas formas de financiamento revelaram, claramente, o alicerce básico da política de saúde posta em prática de 1964 a esta parte.

É inegável que se promoveu uma expansão significativa da assistência médica, tornada possível pelo acréscimo dos recursos financeiros à disposição do Estado, que se deve ao aumento da carga tributária em previdência e ao boom econômico de 1968-1974, que garantiu uma forte elevação da folha de salários.

No entanto, não se percebe, como sublinhamos, nenhum tom redistributivo neste desenvolvimento da medicina previdenciária, pois são praticamente os assalariados e o público em geral que arcam com os custos. Por outro lado, o gasto público direto em saúde fica quase que estagnado em termos reais. Isto significa simplesmente uma política de gasto direto em saúde altamente regressiva, tomando em conta apenas o crescimento vertiginoso da receita do Estado entre 1968 e 1974 e deixando de lado o caráter já per se regressivo da estrutura tributária.

Esta característica fundamental não é própria apenas da política de saúde mas de toda política social do Estado, que se rege por uma regra de ouro: os assalariados pagam o que recebem e o Estado orienta o gasto público para atender imediatamente os vários interesses capitalistas que contempla.

Quero dizer com isto que o Estado brasileiro , como todo Estado capitalista, é obrigado a levar em conta, de alguma maneira, o interesse dos assalariados. Entretanto, este Estado emerge em 1964 comprometido com um pacto social que exclui a participação dos assalariados nas decisões fundamentais, o que o obriga a desenvolver uma política social e de saúde que elimina quaisquer medidas que ultrapassem os limites estreitos que indicamos.

Não podemos aceitar, portanto, a visão tecnocrática que pretende explicar o nível e a composição do gasto e suas formas de financiamento por fatores institucionais tais como a vinculação da receita e sua elasticidade, a divisibilidade ou não do consumo, etc. Convém examinar esta questão mais detalhadamente, tomando o trabalho de Mahar e Rezende (75).

Um ponto inicial a considerar é a relação estabelecida entre a vinculação de recursos e a distribuição de gastos por programa.

As hipóteses desenvolvidas anteriormente por Fernando Rezende.

"relacionavam-se com uma progressiva concentração dos gastos no programa beneficiado pela vinculação, em casos onde a elasticidade da receita vinculada fosse mais elevada que a elasticidade da receita total".

Considera-se então que:

"De um ponto de vista agregado, a vinculação de receita e a elevada elasticidade-renda das contribuições para a previdência social explicam a crescente importância de gastos na função em relação ao PIB. A arrecadação de contribuições aumentou em cerca de 1.000 em termos reais entre 1947 e 1969. No mesmo período, o crescimento real da receita tributária do Governo Federal foi de cerca de 500%. As despesas com Previdência Social em relação ao PIB elevaram-se de 1,4% em 1947, para 5,3% em 1969".

Diz-se ainda:

"...é lícito admitir que as características institucionais de financiamento da participação direta do setor público em atividades relacionadas à promoção do bem-estar social são de ordem a enfatizar gastos de transferências referentes à manutenção do nível de renda familiar em casos de morte, doença, invalidez, velhice e desemprego (previdência social) e gastos com a assistência médica individual. Os demais programas, exempli gratia saúde coletiva e assistência social, pela natureza do serviço produzido não podem ser normalmente financiados pelo mecanismo de contribuições previdenciárias, principalmente o primeiro pela indivisibilidade no consumo" (76).

Prosséguem:

"... como o crescimento da receita vinculada é maior que o crescimento da receita total, isto resultou necessariamente numa crescente participação

relativa destes programas (previdência social e assistência médica representam quase 90% do total de gastos da função que incluía ainda saúde coletiva, assistência social e administração) no conjunto de gastos com saúde e previdência na segunda metade da década de 60".

E os gastos com assistência médica cresceram muito mais que os de previdência entre 1965/69: 158% contra 70%. E concluem:

"Vale a pena notar que no que se refere a uma abordagem global das atividades do Governo no setor saúde, tal fato tem uma repercussão importante, qual seja, a de concorrer para uma progressiva concentração relativa dos gastos naquilo que se convencionou chamar de medicina curativa em oposição à medicina preventiva..." (77).

Transparece claramente que se privilegia a determinação da composição do gasto pela vinculação setorial de recursos. Assim, o padrão do setor saúde, a partir do gasto estatal, estaria estabelecido por fatores como vinculação da receita e elasticidade-renda, no caso das contribuições sociais, componente maior da receita do setor estatal da saúde e particularmente do INPS, autarquia que comanda o gasto em assistência médica individual, nos termos dos autores. A vinculação de receita e elasticidade-renda soma-se a divisibilidade ou não de consumo: como as chamadas ações de "saúde coletiva" não podem ser financiadas pelo mecanismo de contribuições previdenciárias entende-se que este item do programa governamental com saúde tenha sido desprivilegiado durante o período

em questão.

Em suma, o padrão de gasto e sua forma de financiamento acabam por ser explicados por "fatores institucionais", renunciando-se à compreensão da rationale da política de saúde, que é apenas uma das possíveis. Cairmos em plena tautologia - o gasto está centrado na medicina previdenciária porque é a que mais arrecada; a medicina previdenciária é financiada basicamente pelos assalariados, logo os assalariados pagam basicamente pela medicina previdenciária. E, acrescento, estamos a um passo da apologia, ao se sustentar quase como inexorável o que está determinado por interesses muito claros que se cristalizam politicamente no Estado.

Compreendido este ponto, é necessário ir adiante para demonstrar de que maneira, além de atender os interesses capitalistas em geral, a política de saúde está voltada para abrigar os interesses capitalistas do setor saúde.

4. O desenvolvimento do capital no Setor Saúde

Cumprido, neste passo, examinar as formas de articulação entre o Estado e o setor privado, a fim de revelar a natureza da intervenção estatal e, ao mesmo tempo, esclarecer suas relações com a expansão do capital no "Setor Saúde".

A propriedade privada lucrativa de unidades de serviços de saúde já tinha interesses constituídos entre 1960 e 1964 e eles moldaram, portanto, parte fundamental da política de saúde elaborada desde então. É este desenvolvimento que importa desvendar em seguida.

4.1. Desenvolvimento do capital na prestação de serviços de saúde

Uma espécie de "financiamento ao consumo" tem sido a principal função do Estado, através do INPS, no "Setor Saúde". Sustenta assim um dos componentes básicos do consumo dos assalariados, em especial daqueles que se situam em níveis inferiores da escala salarial, a maioria no caso brasileiro. Mas, principalmente, do ponto de vista econômico, sustenta uma demanda que está relacionada a uma área de acumulação de capital formada pela rede privada prestadora de serviços médicos, e pela indústria farmacêutica e de equipamentos médicos.

Quando se verificou o primeiro "boom" de assistência médica previdenciária, em meio à crise de fins dos 50 e 1964, já estava evidenciada a incapacidade da rede própria de serviços em atender à crescente demanda por atenção à saúde.

Com a unificação dos institutos, no INPS, tampouco se consolidou uma política de expansão da rede estatal previdenciária de modo que estava aberto o espaço para o desenvolvimento do capital privado, no setor, que em realidade já na primeira metade da década de 60 era significativo.

"A rede de serviços próprios proveniente das antigas instituições era bastante modesta: vinte e dois hospitais em atividade, cinco em construção, quinhentos e cinco ambulatórios e vinte e oito consultórios médicos, para o atendimento de um total de beneficiários que correspondia, já em 1964, a 22% da população total brasileira, e ascendia, em 1969, a 39% dessa população. As consequências mais imediatas dessa situação estão expressas no fato de que, em 1967, dos 2.800 hospitais existentes no país, 2.300 estavam contratados pelo INPS". (78).

Em 1964, 33,1% dos hospitais existentes no país já eram privados lucrativos, e em 1967 aquele percentual se havia elevado para 44%, conforme nos mostra a tabela 24, a seguir.

Tabela 24

NÚMERO DE HOSPITAIS SEGUNDO ENTIDADE MANTENEDORA

Anos	Números Absolutos				Números Relativos			
	Públicos (1)	Privados		Total	Públicos (1)	Privados		Total
		Não Lucrativos	Lucrativos			Não Lucrativos	Lucrativos	
1956	447	2 058		2 505	17,8	82,2		100,0
1960	371	2 176		2 547	14,6	85,4		100,0
1964	457	1 446	944	2 847	16,1	50,8	33,1	100,0
1967	469	1 343	1 423	3 235	14,5	41,5	44,0	100,0

Fonte: Anuários Estatísticos. Apud: Kowarick, L. Estratégia e Planejamento Social no Brasil, São Paulo, CEBRAP, 1976, pg. 39.

(1) Inclui União, Estados e Municípios, Entidades autárquicas, paraestatais e mistas.

A rede particular, pelo menos desde 1945, sempre foi superior, em número de leitos, à rede oficial conforme evidencia a tabela 9, já citada. O que vai ocorrendo é a elevação, dentre os particulares, daqueles operados com finalidade lucrativa: 14,4% em 1960; 44% em 1971 e 45,2% em 1975; bem como vai se dissolvendo, especialmente depois da Reforma, a diferença entre lucrativos e não-lucrativos, na medida em que estes começam a abrir espaços, através de convênios e outras práticas, à lógica capitalista.

E, assim, esta rede privada, já em parte constituída, que depois da criação do INPS vai dominar a produção de serviços enquanto a rede oficial previdenciária ocupará lugar secundário no que diz respeito ao volume de atos médicos, principalmente internações.

O que se assistiu, portanto, foi uma consolidação da ocupação capitalística da prestação de assistência médica.

Desde logo a centralização significou uma expansão como nunca do gasto em medicina previdenciária (79), o que criou condições de escala para a expansão capitalista da rede de serviços, para o surgimento de empresas médicas com capacidade ambulatorial ou hospitalar destinadas ao conveniamento e credenciamento junto ao INPS.

De 1967 a 1970 as taxas de expansão do programa saúde daquele instituto são de 8,3%; 45,7% e 23,6%, respectivamente. Ademais, já em 1969 e 1970 a assistência ambulatorial crescia a um ritmo inclusive superior à assistência hospitalar, significando uma ampliação conjunta que, mais adiante, como veremos, potencializará a lucratividade do capital no setor, conforme foi mostrada na tabela 18.

Nos anos 70 os dispêndios com assistência médica seguem expandindo-se a taxas elevadas e principalmente a partir de 1974 com o já comentado PPA - Plano de Pronta Ação: 10,3% em 1972; 25,3% em 73; 9,8% em 74; 32,1% em 75 e 36,2% em 76.

Estes dez anos de crescimento consolidaram a dinâmica capitalista das empresas prestadoras de serviços de saúde que, via redução de custos e/ou ampliação de demanda - sustentada pelo INPS - asseguravam-se taxas de rentabilidade adequadas.

Nesta década, portanto, aquelas empresas já constituem uma área de acumulação de capital plenamente instalada, com seus interesses determinados, reconhecidos pelo Estado, como diz um relatório do INPS:

"Em realidade existem quatro grandes setores influentes nas decisões em relação à assistência médica: as empresas de prestação de serviços de saúde, a indústria farmacêutica, a indústria de equipamentos e o pessoal das equipes de saúde" (80).

A Lei nº 6.229 de 17 de julho de 1975 (81), que dispôs sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde foi assim comentada pelo presidente da Federação Brasileira de Hospitais, entidade que congrega cerca de 3 mil hospitais privados:

"...a atuação governamental deve-se concentrar nas atividades de saúde de interesse coletivo, como saneamento básico, pesquisas, formação profissional, higiene e segurança do trabalho. A iniciativa privada concentra-se principalmente no atendimento individual... a área de atuação do Governo deve ser normativa e fiscalizadora, cabendo à iniciativa privada a efetiva atuação no atendimento da população por meio de convênios com o Instituto Nacional de Previdência Social" (82).

O fato é que estes anos de medicina previdenciária ao consolidarem aquela expansão capitalista na rede de serviços simultaneamente promoveram a tecnificação do ato médico,

expressa não só nas especializações médicas como no embricamento delas com os procedimentos técnicos dos serviços de saúde, exames laboratoriais, atos cirúrgicos, etc.

A introdução dos avanços científicos e técnicos no processo de produção dos serviços de saúde é um fator fundamental da dinâmica do setor uma vez que aparecerá como determinante fundamental tanto na evolução da rede de serviços, em seus aspectos hospitalar e ambulatorial, quanto na transformação das relações sociais vividas pela mão-de-obra médica, em particular a tendência ao assalariamento; e mais ainda, na expansão da retaguarda industrial do setor, responsável pela produção dos instrumentos de trabalho médico.

"A especialização, como uma forma de divisão técnica do trabalho, aparece como o resultado mais imediato da inovação técnico-científica. Nesse sentido, ela representa uma diferenciação entre os produtores, consistente na especificidade dos instrumentos de trabalho com que operam (informações e equipamentos); do objeto imediato de seu trabalho (grupos em diferentes fases do desenvolvimento biológico, patologias específicas, áreas limitadas do organismo humano), das ações técnicas que desenvolvem sobre esse objeto. Por outro lado, a especialização acentua a complementaridade entre as diferentes formas de trabalho e, consequentemente, a dependência entre os especialistas, em termos de compreensão da totalidade dos processos que atuam sobre o organismo humano e da necessidade de dirigir a atividade médica para um único resultado final: a preservação da vida humana" (83).

Nas chamadas "especialidades complementares" , vitais tanto no processo diagnóstico quanto na terapêutica, é particularmente claro o aspecto técnico-científico que as amurra à utilização de máquinas e equipamentos.

Dessa forma, estamos diante de um movimento geral que altera a produção material, a produção de conhecimento, a formação de mão-de-obra e a própria organização das unidades de atenção, vinculadas ao processo de produção de serviços de saúde.

A informação da tabela 25, para a área da Grande São Paulo, em 1971, é significativa:

Tabela 25

*Distribuição Percentual dos Médicos Segundo Especialidades**

Especialidades Clínicas	%	Especialidades Cirúrgicas	%
Clínica Geral	8,8	Cirurgia Geral	7,4
Medicina Interna	9,1	Obstetrícia e Ginecologia	11,5
Pediatria	12,6	Oftalmologia	2,9
Psiquiatria	6,3	Otorrinolaringologia	3,5
Dermatologia	1,2	Ortopedia e Traumatologia	3,3
Neurologia	1,4	Urologia	1,9
Alergia	0,3	Anestesiologia	2,7
Cardiologia	2,7	Cirurgia Digestiva	1,2
Endocrinologia	0,9	Cirurgia Infantil	1,0
Gastroenterologia	1,5	Cirurgia Plástica	1,1
Nefrologia	0,6	Cirurgia Torácica	0,5
Pneumologia e Tisiologia	1,8	Neurocirurgia	0,6
Reumatologia	0,7	Proctologia	0,3
Geriatrics	0,1	Oncologia	0,7
Hematologia	0,1	Angiologia	0,7
		Cirurgia de Mão	0,1
		Cirurgia de Cabeça e Pescoço	0,1
Total: 435 casos	(48,1)	Total: 357 casos	(39,5)
<i>Especialidades complementares de diagnóstico e terapêutica.</i>			
	%	Outras	%
Patologia	1,8	Administração Hospitalar e de Serviços	1,9
Anatomia Patológica	0,2	Saúde Pública	1,4
Radiologia	1,8	Pesquisa Básica	1,2
Fisioterapia	0,1	Medicina do Trabalho e Perícia	1,4
Endoscopia	0,3	Medicina Legal	0,5
Eletroneurografia	0,5	Medicina Preventiva	0,2
Medicina Nuclear	0,3	Medicina Esportiva	0,1
Radioterapia	0,3	Divulgação Farmacêutica	0,1
Hemoterapia	0,3		
Total: 51 casos	(5,6)	Total: 62 casos	(6,8)

TOTAL GERAL: 995 casos (100,0%)

* A caracterização da área de trabalho do profissional (foi feita a partir de dois tipos de dados: a referência direta à especialidade, considerado por ele como principal, e a análise dos tipos de tarefas executadas nas situações de trabalho. Esta observação visa indicar que as distribuições, apresentadas no texto, correspondem, efetivamente, à forma pela qual os profissionais se encontram integrados no mercado. A distribuição não obedeceu a uma sequência quantitativa, dada a intenção de indicar, especialmente para as áreas de clínica e cirurgia, o desdobramento de "especialidades" e "subespecialidades", que ficarão melhor identificadas em outras partes do texto.

Fonte: Domangelo, Maria C.F., *op.cit.*, p.61

Apesar de não indicarem o grau de adiantamento da divisão técnica do trabalho, estes dados, certamente, indicam que qualitativamente:

"...o desenvolvimento, no setor urbano-industrial da sociedade brasileira, do processo de divisão de trabalho consequente à ampliação dos instrumentos científicos e técnicos para a produção de serviços de saúde, embora não forneçam qualquer indicação quantitativa precisa do ritmo em que ele ocorre" (84).

Dediquemo-nos agora a entender o processo econômico a que esteve associada esta evolução técnica que acabamos de considerar. Isto nos conduz a aprofundar a visão sobre a natureza da expansão da medicina previdenciária promovida velozmente pelo Estado desde 1967.

Em primeiro lugar, vejamos as transformações e econômico-sociais que atingiram a mão-de-obra médica. Dentre estas, a fundamental foi a tendência inexorável do assalariamento, em meio à capitalização da medicina.

A evolução técnica analisada anteriormente promoveu profundas alterações no próprio processo de trabalho médico. Deu surgimento a uma divisão de trabalho manifesta nas diversas especialidades clínicas e cirúrgicas e, em termos mais gerais, introduziu, de modo definitivo e generalizado, procedimentos científico-tecnológicos nas práticas de diagnóstico e terapêuticas.

Este movimento produziu mudanças técnico-econômicas na organização dos serviços de saúde, inclusive, nas formas de inserção dos médicos e profissionais de saúde no mercado de trabalho.

Do ponto de vista das unidades de serviços, significou desde logo, o uso do hospital como uma plataforma técnica, essencial para a dinâmica conjunta da assistência médica hospitalar e ambulatorial. Aquele uso torna-se uma

"...imposição técnica de utilização de meios de trabalho ali concentrados, que ultrapassam de muito as exigências exclusivas das atividades cirúrgicas, naturalmente ligadas ao hospital. O consultório isolado despoja-se, correspondentemente, de seu estilo tradicional, baseado na presença de uma clientela difusa e na utilização de técnicas simplificadas" (85).

Estas determinações técnicas impõem a cooperação no processo de trabalho médico,

"...a tendência ao aumento do trabalho sob forma grupal à medida que as atividades médicas passam a exigir um maior volume de tecnologia material" (86).

Simultaneamente desenvolvem-se distintas formas de organização do trabalho médico dentre os quais, repito, o assalariamento é a dominante (87).

"A generalização do assalariamento por quase todo o grupo profissional e sua contrapartida - a concentração dos meios de produção em empresas públicas ou privadas - permitem supor que ele não é apenas uma alternativa de integração no mercado, mas uma forma que se impõe progressivamente, revelando uma tendência à redução da multiplicidade atual, esta mesma refletindo o caráter recente das mudanças introduzidas na organização dos meios de produção" (88).

Já na primeira metade da década de 60 o crescimento das matrículas em Medicina anunciava a formação de mão-de-obra que, ampliando a oferta, criaria condições de assalariamento com baixos salários reais tanto no Estado quanto nas empresas médicas privadas. Nas faculdades de Medicina do Estado de São Paulo, as matrículas crescem de 113% entre 1965 e 1970 superando consideravelmente a expansão de 30,5% verificada entre 1955 e 1960 (89).

A partir de 1964 aquela expansão prossegue em todo o país. A oferta de vagas em Medicina eleva-se em 165% entre aquele ano e 1974. As outras áreas relacionadas com os serviços de saúde tais como Odontologia, Enfermagem, Farmácia e Bioquímica apresentam também crescimento significativo, como se pode ver na tabela 26.

Tabela 26

*Brasil**Recursos Humanos para a Saúde**Varição observada na oferta de vagas de 1º ano em escolas de nível superior, no período 1964/74.
Número de alunos matriculados e graduados em 1973**

Escolas de nível superior		Vagas 1º ano			Alunos	Graduados (1973)	
Cursos	Nº (1973)	1964	1974	Varição (%)	matriculados (1973)	Nº	(%)
Medicina	73	3.021	8.003	165	50.162	6.805	52,0
Odontologia	52	1.972	4.234	115	14.538	2.597	19,9
Enfermagem	45	735	2.367	222	6.344	1.218	9,3
Farmácia e bioquímica	28	1.054	2.199	109	6.761	1.489	11,4
Veterinária**	16	560	—	—	1.176	608	4,6
Nutrição	8	—	540	—	1.357	236	1,8
Fisioterapia	6	—	330	—	541	102	0,8
Terapia ocupacional	3	—	60	—	103	30	0,2
Subtotal	231	7.342	17.733	—	80.982	13.085	100,0
Ciências biológicas	69	—	5.952	—	12.001	2.167	—

* Dados analisados por Drhus, Ministério da Saúde.

** Fontes: Informações relativas ao ano de 1972. Ministério da Educação e Cultura e Associação Brasileira de Escolas Médicas.

Cf. Sayeg, Mário A. Correlações numéricas entre médicos e outros profissionais de nível superior, in Rev. de Administração Pública, FGV, julho/setembro, 1977, p. 114.

De fato, uma amostra de profissionais médicos na Grande São Paulo, para o ano de 1971, comprova que a maioria participava no mercado de trabalho como assalariados típicos (28%), subindo este percentual para mais de 80% se considerarmos aqueles que ademais de assalariados participavam do mercado sob diversas formas tais como a autônoma e outras. É o que nos mostra a tabela 27, a seguir.

Tabela 27

Distribuição dos Profissionais de acordo com a Situação Atual no Mercado

	N.º e tipos de situações no mercado	N.º de profissionais	%
Formas "puras"	Assalariamento	253	28,0
	Autonomia "típica"	76	8,4
	Propriedade de empresa de saúde	17	1,9
	Autonomia "atípica"	41	4,5
	Subtotal	387	42,8
Formas "compostas"	Autonomia "típica" e assalariamento	274	30,2
	Autonomia "atípica" e assalariamento	148	16,3
	Propriedade e assalariamento	45	5,0
	Propriedade e autonomia "típica"	6	0,7
	Propriedade e autonomia "atípica"	6	0,7
	Propriedade, autonomia "típica e assalariamento"	12	1,3
	Propriedade, autonomia "atípica e assalariamento"	7	0,8
	Formas Cooperativas	20	2,2
	Subtotal	518	57,2
	TOTAL	905	100,0

Cf. Donnangelo, Maria C.F., *op.cit.*, p.83.

Outro aspecto do movimento que estamos analisando é a considerável expansão de diversos tipos de emprego de mão-de-obra nos serviços de saúde, particularmente nas unidades hospitalares, centro original do desenvolvimento técnico-econômico comandado pelo capital em articulação com o próprio Estado. Aumenta a relação número de empregos por leitos, tanto do pessoal de nível superior - médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais - como de nível intermediário e auxiliar, como se pode verificar na tabela 28.

Tabela 28

Brasil

Recursos Humanos para a Saúde

Pessoal de estabelecimentos hospitalares

Expansão verificada no número de leitos, de empregos ocupados e correlações quanto a médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais e pessoal de nível intermediário e auxiliar

1961-71

	1961	1971
Leitos	232.905	367.522
Expansão observada	—	+ 58% (5,3% a.a.)
Empregos ocupados em geral	48.238	229.757
Expansão observada	—	+ 376% (34% a.a.)
Empregos/100 leitos	20	63
Leitos/empregado	4,8	1,6
Empregos de médicos	20.167	46.518
Médico/100 leitos	9	13
Leitos/médico	11,5	8
Empregos de enfermeiros	6.054	6.681
Enfermeiros/100 leitos	2,6	1,8
Leitos/enfermeiro	38,5	55,0
Empregos de nutricionistas	336	986
Nutricionistas/100 leitos	0,15	0,2
Leitos/nutricionistas	693	373
Empregos de assistentes sociais	511	1.248
Assistente social/100 leitos	0,2	0,3
Leitos/assistente social	456	294
Empregos pessoal nível intermediário e auxiliar	19.045	92.515
Pessoal nível intermediário e auxiliar/100 leitos	8	25
Leitos/pessoal auxiliar	12,5	4

Fontes: Anuários estatísticos do Brasil, IBGE, 1963-75. Ministério da Saúde. Coordenação de Assistência Médico-Hospitalar. Cadastro Hospitalar Brasileiro, 1973.

Cf. Sayeg, Mário A., op.cit., p.125.

O desenvolvimento capitalista da medicina verificado no próprio contexto da política social relativa à saúde implicou, a partir inclusive da evolução tecnológica, profundas alterações nas relações sociais de trabalho vividas neste setor. Conduziu

"...à eliminação do modelo artesanal de atividade médica (medicina liberal) através da crescente separação entre o produtor direto e uma significativa parcela de seus meios de produção, com a correspondente substituição da troca direta entre produtor e consumidor pela venda de força de trabalho no âmbito de um sistema de produção estatal ou privado de serviços de saúde" (90).

Detenhamo-nos agora nos desdobramentos da dinâmica do capital nos serviços de saúde, centrada no processo tecnológico e de assalariamento a que acabamos de nos referir.

O que pretendo de novo enfatizar, neste passo da análise, é o fato de que todo o processo técnico e econômico da capitalização da medicina vivido pelo Brasil desde os começos de 60 e que norteou a política de saúde e o "Setor Saúde", desde então, teve no hospital - tanto privado quanto público - sua base técnica e econômica e por isso os elevados dispêndios com a assistência hospitalar durante todo o período 1960/1970.

Como vimos no Capítulo I, o "boom" de assistência médica vivido pelos IAPs já estava centrado na assistência hospitalar, tendo se verificado, então, uma queda relativa da assistência ambulatorial.

Uma vez criada no hospital uma base técnica articulada com a rede laboratorial (dentro ou fora do hospital) bem como articulada com todo o complexo tecnológico do processo de diagnóstico e terapêutica, num movimento que significou a utilização dos hospitais como área de acumulação de capital; uma vez, repito, cristalizada essa base técnico-econômica, passou-se, desde 1969, a acoplar como segmento dinâmico de acumulação a assistência ambulatorial transformada.

Agora, trata-se de uma assistência ambulatorial cujas consultas podem processar-se noutras bases técnicas e que, do ponto de vista das empresas médicas, significam um espaço de lucratividade renovado e mais articuladô à rede hospitalar.

A assistência ambulatorial - mudando a tendência que vigorava até 1969 - passou a apresentar taxas de crescimento de dispêndio maiores do que as hospitalares.

Entre 1969 e 1976 os gastos do INPS com assistência ambulatorial cresceram de 400%, enquanto na área hospitalar a expansão foi de 184,7%.

O dispêndio ambulatorial em relação ao total do programa saúde do INPS passa de 25,7% em 1969 para 37,7% em 1976, enquanto a hospitalar cai de 67,0% para 56,1% (ver tabela 18, já citada).

É evidente que a área hospitalar continua sendo bastante dinâmica como mostram suas taxas de crescimento e também, ainda, aquela de maior nível absoluto de gasto. Porém, nos últimos oito anos analisados, com exceção de 1973, teve

sempre taxas de crescimento inferiores às da área ambulatorial.

Estes e mais os que apresentamos a seguir são dados que apontam a assistência ambulatorial como espaço plenamente acoplado já à dinâmica lucrativa, possivelmente numa articulação com a rede hospitalar relacionada aos processos técnicos e econômicos que moldaram a política de saúde, estatal.

Os dados físicos revelam efetivamente uma atenuação da ênfase hospitalar e aumento da ambulatorial, verificada inclusive através de uma redução dos serviços próprios do INPS.

Se no começo da década de 70, 83,4% das consultas ambulatoriais eram prestadas pelo próprio INPS, em 1976 esse percentual cai para 48,5% e cresce para 51,5% o dos serviços não-próprios (ver tabela 29).

Estas consultas se aceleram especialmente a partir de 1974 com o já comentado PPA: 59,8% em 1975 e 28,9% em 1976. Este crescimento é feito através da rede ambulatorial não-própria cujo número de consultas cresce em 230,9% em 75 e 59,6% em 76. Naqueles mesmos anos os percentuais da rede própria são de 16,8% e 7,0% de crescimento.

Os serviços diversos nos ambulatórios (complementares, odontológicos, raios x, laboratórios) crescem ainda mais do que as consultas: 71,6% em 1975 e 37,0% em 1976, conforme se vê na tabela 30, a seguir.

Tabela 29

ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

Quantidade de consultas (médicas e odontológicas) - Serviços próprios, contratados e conveniados

Ano	Total	△%	Próprios	%	△%	NÃO-PRÓPRIOS							
						Total	%	△%	Contratados	%	conveniados	%	
1971	47.799.459		39.860.574	83,4		7.938.885	16,6						
1972	51.231.079	7,9	41.273.612	80,6	3,5	9.957.467	19,4	25,4					
1973	52.258.910	2,0	42.256.061	80,9	2,4	10.002.849	13,1	0,5					
1974	55.384.627	6,0	44.258.192	79,9	4,7	11.126.435	20,1	11,2					
1975	88.504.656	59,8	51.687.171	58,4	16,8	36.817.485	41,6	230,9	15.816.341	43,0	21.001.144	57,0	
1976	114.067.825	28,9	55.309.228	48,5	7,0	58.758.597	51,5	59,6	29.936.744	50,9	28.821.853	49,1	

Fonte: Tabela elaborada a partir de dados fornecidos por INPS - Secretaria de Planejamento - Coordenação de Estatística.

Tabela 30

ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

Quantidade de serviços diversos (complementares, odontológicos, raios x, laboratório)

Ano	Total	△%	Próprios			NÃO-PRÓPRIOS						
						Total	%	△%	Contratados	%	Conveniados	%
1971	36.644.414		19.963.000	61,2		12.681.414	38,8					
1972	40.325.794	23,5	21.810.302	54,1	9,3	18.515.492	45,9	46,0				
1973	42.696.649	5,9	22.005.290	51,5	0,9	20.691.359	48,5	11,8				
1974	46.403.526	8,7	24.684.671	53,2	12,2	21.718.855	46,8	5,0				
1975	79.621.	71,6	29.782.022	37,4	20,6	49.839.483	62,6	129,5	33.177.125	66,0	16.662.358	33,4
1976	109.087.879		31.709.649	29,1	6,5	77.378.230	70,9	55,3	54.202.774	70,0	23.175.456	30,0

Fonte: Tabela elaborada a partir de dados fornecidos por INPS - Secretaria de Planejamento - Coordenação de Estatística.

Quem comanda esse crescimento são também os serviços não-próprios que sobem 129,5% e 55,3% naqueles anos; enquanto os serviços próprios crescem a 20,6% e 6,5%.

Outro dado importante é que nas consultas, mesmo com o crescimento considerável dos serviços não-próprios pós-74, a divisão é equitativa:

	<u>S.próprios</u>	<u>S.não-próprios</u>
1975	58,4%	41,6%
1976	48,5%	51,5%

Já nos serviços diversos ambulatoriais a maioria é prestada pelos serviços não-próprios.

	<u>S.próprios</u>	<u>S.não-próprios</u>
1975	37,4%	62,6%
1976	29,1%	70,9%

Sabe-se que a partir de 1974 com o PPA houve uma considerável expansão da Assistência Médica, tanto que os dados da tabela 18, já citada, revelam para os anos 75 e 76 um crescimento dos gastos do INPS com o programa Saúde consideravelmente superior ao dos primeiros anos 70: 32,1% e 36,2%.

No entanto, como vimos, essa expansão não se deu através da assistência hospitalar mas sim através da ambulatorial.

O que os dados parecem comprovar é que a assistência ambulatorial e nela principalmente, os serviços diversos substituíram parcialmente para as empresas médicas (hospitais e/ou clínicas), a dinâmica de lucratividade que a partir

dos anos 60 estava assentada com maior vigor na assistência médico-hospitalar.

Isto não significa que as internações hospitalares caíram. Elas apenas cresceram a taxas menores às consultas e serviços diversos ambulatoriais: 31,9% em 1975 e 25,2% em 1976. Compare-se a tabela 31, a seguir, com as 29 e 30, já referidas.

Se compararmos o crescimento das internações em hospitais não-próprios também se deu a taxas menores às práticas ambulatoriais não-próprias.

Mas, mesmo na área hospitalar, os serviços de terceiros seguiram deslocando os do INPS. No entanto, o predomínio já era patente em 1970: 95,8% das internações previdenciárias eram feitas por terceiros. Esse percentual é de 97,4% em 1976.

Quer dizer, o novo não é isto e sim a explosão do serviço ambulatorial realizado por terceiros, e especialmente centrada nos serviços diversos que estão associados às transformações técnicas do processo de diagnóstico e terapêutica já discutido.

É importante ressaltar que uma qualificação melhor do anterior requereria saber dentre os contratados e conveniados - chamados por nós ora de terceiros e ora de não-pró-prios - quais são particulares e quais são da rede oficial não-previdenciária. Há indicações, no entanto, de que até 1976 eram praticamente inexistentes os convênios com Secretarias de Saúde e apenas dois estavam em execução com os hospitais uni-

Tabela 31

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Evolução da quantidade de internações nos hospitais próprios, contratados e conveniados

Ano	Total	△ %	Sub-propr.	%	△ %	NÃO-PRÓPRIOS						
						Total	%	△ %	contratados	%	conveniada.	%
1970	2.815.522		117.209	4,2		2.698.313	95,8					
1971	2.931.589	4,1	135.937	4,6	16,0	2.795.652	95,4	3,6				
1972	3.405.906	16,2	132.093	3,9	-2,8	3.273.813	96,1	17,1				
1973	3.708.051	8,9	139.424	3,8	5,5	3.568.627	96,2	9,0				
1974	4.082.702	10,1	176.662	4,3	26,7	3.906.040	95,7	9,5				
1975	5.386.738	31,9	183.553	3,4	3,9	5.203.185	96,6	33,2	4.928.459	94,7	274.726	5,3
1976	6.744.658	25,2	178.207	2,6	-2,9	6.566.451	97,4	26,2	6.179.246	94,1	387.205	5,9

Fonte: Tabela elaborada a partir de dados fornecidos por INPS - Secretaria de Planejamento - Coordenação de Estatística.

versitários. Desse modo a expansão ambulatorial deve ter mesmo estado centrada na rede privada.

Tendo o período dos 60 e começo dos 70 criado a base técnica, agora, a assistência ambulatorial pode ser amplamente incorporada, e em novos termos, à dinâmica capitalista da prestação de serviços. Já não é hoje, repito, a prática ambulatorial anterior ao "boom" da assistência médica do fim dos cinquenta e começos dos sessenta. É uma prática ambulatorial articulada técnica e economicamente ao hospital, à rede laboratorial, radiológica, etc.

Por suposto que o movimento de capitalização privada no "Setor Saúde" significou desde 1967 o estancamento ou o lento crescimento dos serviços próprios do INPS na assistência hospitalar e a partir dos 70, inclusive na assistência ambulatorial onde, no começo desta década, eles ainda eram absoluta maioria (83,4% nas consultas e 61,2% nos serviços diversos).

A tabela 32, no entanto, mostra algo aparentemente oposto à lucratividade da rede privada. A aparente oposição revelada por estes dados seria a redução a partir de 1970 do volume de faturamento dos serviços não-próprios como percentual do total de gasto do INPS com assistência médica. Teria caído de 79,7% no primeiro ano da década para 67,8% em 1976.

Tabela 32

Assistência Médica - INPS
Despesas com Serviços Próprios e Não-Próprios
(Cr\$ 1.000 correntes)

Ano	Serviços Próprios	%	Serviços não Próprios	%	Total
1971	537.844	20,3	2.117.852	79,7	2.655.696
1972	687.034	20,2	2.707.107	79,6	3.394.141
1973	1.101.661	22,4	3.810.690	77,6	4.914.351
1974	1.608.806	23,2	5.317.042	76,8	6.925.848
1975	3.384.510	28,7	8.390.818	71,3	11.775.328
1976	7.383.734	32,2	15.577.949	67,8	22.961.683

Fonte: MPAS - INPS - Balanços Gerais.

A propósito, há várias qualificações: em primeiro lugar, segundo técnicos do INPS, aquele resultado se deve basicamente às elevações nos salários dos médicos do próprio instituto, que fez assim crescer os gastos em serviços próprios. No entanto, vale observar que a rentabilidade das empresas médicas estaria defendida mesmo que aquela tendência fosse efetiva. Esta segunda qualificação parece ser pertinente e necessária considerando a dinâmica ambulatorial-hospitalar a que nos referimos antes. Consideremo-la em detalhe.

Em tendo se verificado, ou vindo a verificar-se, aquela tendência efetivamente não é indicadora de estatização dos serviços. O que ela estaria revelando, isto sim, seria o fato já comentado da assistência ambulatorial ter-se tornado o segmento dinâmico do faturamento da rede privada. Como esse tipo de assistência tem um custo menor que o da assistên

cia hospitalar - porém não necessariamente uma rentabilidade menor - a sua predominância como segmento dinâmico teria feito cair relativamente o gasto com serviços de terceiros sem que, obviamente, sua massa real tenha caído e muito menos a taxa de lucro das empresas médicas. Apenas, como o faturamento privado ambulatorial cresceu mais que o privado hospitalar, seu valor conjunto absoluto cresce, porém decresce como participação do gasto total do INPS, cujos serviços próprios hospitalares são de alto custo. (Ou, no caso concreto, porque os reajustes salariais fizeram os custos próprios subirem).

A parcela da demanda por assistência hospitalar de que já se apropriou o setor privado e a nova parcela da demanda por assistência ambulatorial de que se apropriou recentemente já estabeleceram um patamar absoluto de faturamento que defende suas margens de lucro e suas taxas de rentabilidade, não sendo uma redução de sua participação relativa no total de gastos do INPS o que vai revelar perda de lucratividade ou declínio da "privatização".

Por suposto que se a política estatal vier a elevar o volume de serviços prestados pela rede pública - previdenciária e não-previdenciária em convênios e/ou credenciamento com o INAMPS (o novo INPS da saúde) e isto vier a reduzir as fatias de demanda hoje atendidas pela rede privada, então colocar-se-á de fato uma redução do campo de acumulação de capital privado e as oposições eclodirão.

Isto, aliás, nos conduz a outra etapa de nossa análise: o financiamento de expansão da rede de serviços.

4.2. O financiamento da rede de serviços

O desenvolvimento do capital em serviços de saúde e sua incorporação como peça da política estatal, para o setor, foi de tal ordem que em 1975 surge um mecanismo financeiro destinado, a rigor, à sustentação das taxas de investimento das empresas médicas. Afinal, uma vez adotada aquela decisão política é conseqüentemente contida a expansão da rede de serviços do INPS, tornava-se imprescindível cuidar da expansão privada da rede. Mais ainda, porque vivia-se, desde 1974, como vimos, outro "boom" de assistência médica e eram elevadas as expectativas de investimento dos empresários do "Setor Saúde", como altas as taxas de expansão da demanda por serviços médicos.

O Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS - com recursos administrados pela Caixa Econômica Federal - CEF - desde 1975 tem financiado hospitais e clínicas de propriedade privada para montagem e/ou ampliação de instalações, como também na ampliação de seu capital de giro.

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. Vinculado portanto - no que toca a transferências e repasses de recursos - bem como ao financiamento de projetos públicos ou privados - aos ministérios da área social: Educação e Cultura, Previdência e Assistência Social, Saúde, Trabalho e Interior.

A Caixa Econômica Federal - CEP - é o executor financeiro do FAS que para tanto opera com duas contas - Repasses e Transferências ou Conta de Aplicações a Fundo Perdido e a Conta de Aplicações.

Os recursos desta última conta são financiados a custos diferenciados segundo o grau de subsidiamento que o FAS considere necessário.

- Faixa 1 - correção monetária plena + 6% juros a.a.
- Faixa 2 - 80% da correção monetária + 6% de juros a.a.
- Faixa 3 - 60% da correção monetária + 6% de juros a.a.
- Faixa 4 - 40% da correção monetária + 6% de juros a.a.
- Faixa 5 - 20% da correção monetária + 6% de juros a.a.

A maioria dos projetos está enquadrada nas áreas de Educação e Saúde, que em geral correspondem a 90% do movimento, por exemplo, de propostas apresentadas e aprovadas (ver tabela 33, a seguir).

Na área de Educação, dois terços dos projetos são oriundos do setor público, ficando o terço restante sob responsabilidade do setor privado. Com Saúde o predomínio é privado.

Pela tabela 34, enquanto Educação tinha 88% de suas propostas aprovadas pertencentes ao setor público e 12% relativas ao setor privado, a área de Saúde tinha 20,3% na área pública e 79,7% na área privada.

Tabela 33

FAS - Evolução dos Projetos apresentados, examinados e aprovados, segundo a área social (posição em 31.08.77)

Área Total	GIE		CEF	
	Apresentados	Aprovados	Aprovados	Contratados
Educação	54,3	50,9	70,2	73,9
Saúde	38,7	43,3	24,7	22,8
Trabalho	3,2	3,2	3,0	3,1
Interior	3,7	2,5	2,1	0,2
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Caixa Econômica Federal - FAS.

Tabela 34

FAS - Propostas de Financiamento Aprovadas pela Diretoria da CEF. Posição em 31.08*.77 - Cr\$ milhões

Área Social	Total	Setor Público	%	Setor Privado	%
Educação	8.986,8	7.908,2	88,0	1.078,6	12,0
Saúde	3.168,2	644,9	20,3	2.523,3	79,7
Trabalho	378,7	110,7	29,1	268,0	70,9
Interior	265,5	265,5	100,0	-	-
Total	12.799,2	8.929,3	69,8	3.869,8	30,2

Fonte: CEF/FAS.

* A diferença resultante do fato de serem utilizados nesta tabela dados referentes a agosto, e não setembro, é no mínimo de cerca de 1% e pode, portanto, ser considerada desprezível.

A Conta de Aplicações do FAS tinha a seguinte composição de recursos, segundo o Plano de Aplicação Financeira para o ano de 1975: recursos da própria CEF, dotações orçamentárias e recursos lotéricos (2,5% da loteria esportiva e 8,125% da federal); um terço dos quais mobilizados a custo zero e dois terços com um custo financeiro contratual girando em torno de 30%.

Portanto, para o FAS como um todo o custo médio dos recursos componentes desta conta está em torno de 20%, razão pela qual os financiamentos deverão estar alocados em faixas que assegurem a cobertura daquele custo.

A faixa 3 é a que corresponde a um custo de 20,5% anuais e exatamente nela têm sido enquadrados a maioria dos projetos aprovados, qualquer que seja a área social.

O grau de prioridade pode ser visto pela distribuição dos projetos que estão fora da faixa 3.

Constata-se que um terço dos recursos destinados à Saúde estão nas faixas 4 e 5, o que indica um elevado grau de subsidiamento. Já a Educação mostra uma distribuição normal, com 15% acima e 15% abaixo da faixa 3.

Trabalho (basicamente recursos aos sindicatos) e Interior (basicamente saneamento) têm 30% de seus recursos nas faixas 4 e 5.

E, portanto, a Educação é a área menos subsidiada. E a de saúde a mais subsidiada (Ver tabela 35).

Tabela 35

GTE do FAS - Distribuição dos projetos aprovados pelas faixas de crédito, segundo área social. Posição em 30.09.77. % do total

Áreas Sociais	I	II	III	IV	V	Total
Educação	7,3	7,5	69,4	14,3	1,4	100,0
Saúde	1,8	14,3	50,4	26,1	6,8	100,0
Trabalho	-	1,6	63,8	23,5	11,0	100,0
Interior	-	8,5	61,3	17,5	12,7	100,0

Fonte: GTE do FAS.

O levantamento preliminar nos cadastros do FAS - realizado pela pesquisa do PESES já citada - mostrou que a maioria dos projetos de Saúde (cerca de 90%) provém de clínicas e hospitais, particulares ou não, servindo portanto estes recursos para ampliar a rede da assistência médico-hospitalar.

Os dados originais, fornecidos pelo FAS correspondem à área de Saúde e Previdência; no entanto, muitos dos projetos de assistência e previdência como fisioterapia, terapia da palavra, recuperação, poderiam ser considerados como de saúde num sentido amplo. Assim, com uma margem de erro certamente inferior a 10%, poderíamos considerar aqueles projetos como um todo, voltados basicamente para as atividades médico-hospitalares.

Já na apresentação de projetos em Saúde, o domínio privado é absoluto: 71%. Dos aprovados pela CEF, 79,7% são privados e dos contratados o percentual é ainda maior, de 81,5% (conforme se pode ver na tabela 36). O Sudeste e o Nordeste são as regiões que têm maior massa de recursos aprovados pela CEF (ver tabela 37).

Tabela 36

FAS - Evolução dos projetos aprovados por setor - Área de Saúde e Previdência
 Posição em 31.09.77 - Em Cr\$ milhões

	GFE						CEF					
	Apresentados			Aprovados			Aprovados			Contratados		
	nº	valor	%	nº	valor	%	nº	valor	%	nº	valor	%
Área de Saúde e Previdência	1.258	18.279,7	100,0	872	13.323,0	100,0	231	3.168,2	100,0	170	2.447,7	100,0
Público	178	5.280,9	28,8	101	4.529,9	34,0	29	644,9	20,3	11	453,0	18,5
Privado	1.080	12.998,8	71,2	771	8.793,1	66,0	202	2.523,3	79,7	159	1.994,7	81,5

Fonte: CEF-FAS.

Tabela 37

FAS- Área de Saúde - Evolução dos projetos, por região. Posição em 31.08.77

Região	GTE				CEF			
	Apresentadas		Aprovadas		Aprovadas		Contratadas	
	nº	valor	nº	valor	nº	valor	nº	valor
Norte	42	864,4	29	512,5	4	73,4	3	53,4
Nordeste	303	2.809,8	208	2.330,0	46	825,2	26	653,0
Sudeste	458	8.951,2	314	5.830,2	95	1.376,4	74	964,0
Sul	319	3.221,5	239	2.451,1	61	412,8	46	309,9
Centroeste	136	2.432,8	82	2.199,2	25	480,4	21	467,4

Fonte: CEF-FAS.

No que toca às faixas de financiamento, é a 3 a mais frequente como nas outras áreas (educação, etc.), dado que a CEF repassa o custo médio ao tomador.

As regiões mais subsidiadas são Norte e Nordeste, que têm 55,8% e 43,5%, respectivamente, de seus projetos enquadrados nas faixas 4 e 5, como se observa na tabela abaixo.

Tabela 38

GIE do PAS - Propostas aprovadas segundo faixas de crédito, por região
Área de Saúde e Previdência. Posição em 30.09.77. % do total

Região	I	II	III	IV	V	Total
Norte	0,1	0,7	43,4	26,2	29,6	100
Nordeste	0,5	18,1	37,9	26,1	17,4	100
Sudeste	1,8	16,8	59,6	20,5	1,2	100
Sul	4,3	13,9	53,7	24,6	3,5	100
Centroeste	0,8	7,3	40,5	42,7	8,7	100

Fonte: GIE do FAS.

O FAS funciona como órgão financeiro potencializador do gasto relativo à assistência médico-hospitalar. Como a maioria de seus financiamentos, como vimos, destina-se ao segmento privado da rede de serviços, pode-se afirmar mais ainda: o FAS atrela-se ao caráter capitalista de medicina previdenciária dominante no "Setor Saúde".

Ou seja, as empresas de serviços médicos financiadas pelo FAS - clínicas e hospitais - para serem rentáveis têm de atrelar-se à demanda gerada via INPS. Quer dizer, necessitam de que o INPS financie os seus consumidores, pois do contrário seus custos não permitirão uma margem de lucro adequada, não poderão enfrentar sequer os financiamentos obtidos na CEF.

Na atual conjuntura já é o que começamos a assistir.

Em 1977, o Grupo Técnico Especial - GTE - do FAS enviou ao Conselho de Desenvolvimento Social - CDS - um relatório onde afirmava:

"... o FAS não poderá seguir financiando a construção de novas unidades (de saúde) a menos que o INPS assuma algum tipo de compromisso para a compra de serviços pois, caso contrário, o acréscimo de leitos não terá viabilidade econômica. A fim de atender tal preocupação, iniciaram-se conversações com o INPS para que este, primeiro, passe a dar prioridade às comunidades indicadas pelo PLUS - Plano de Localização das Unidades Sanitárias - e, segundo, encontre fórmulas que garanta a realização de convênios com os novos hospitais" (91).

O "boom" recente da medicina previdenciária, como vimos, recolocou o problema da estabilidade financeira da Previdência Social que, em resposta, tenta cercear a demanda, controlar tarifas hospitalares, etc. Enquanto isso, como, outra agência deste mesmo Estado, pode seguir financiando os in

vestimentos privados na expansão de serviços que, apesar de necessários à população, dada a situação previdenciária, deverão vir a ser contidos?

Esta é outra manifestação dos impasses em que está envolvida a política de saúde do Estado brasileiro na crise recente.

4.3. Extensão da cobertura, diferenciação do consumo e previdência privada

É relevante, por fim, considerar brevemente dois aspectos recentes da expansão do capital na área de saúde: 1) a extensão dos serviços a áreas "periféricas" e rurais; 2) a diferenciação do consumo e o crescimento da previdência privada.

Em 1972 teve início uma elevação da prestação de assistência médica no meio rural, ainda que não se possa afirmar que isso tenha se dado numa quantidade e de um modo a responder às necessidades concretas daquela população. A tabela 20, já citada, dá evidências de como o gasto real com assistência médica eleva-se ainda que seus valores absolutos não sejam de grande monta. É de se esperar que as empresas médicas incorporem esta como uma nova área de expansão. Neste sentido, é previsível a ocorrência de contradições entre estável expansão e as formas de organização alternativas que venham a ser tentadas pelo Estado na chamada interiorização da atuação médica (92).

Nos últimos anos o crescimento dos consumidores de serviços de saúde deu-se também através da incorporação dos autônomos e domésticas à previdência social, bem como através do Plano de Pronto Atendimento que determinava que em casos de urgência a rede de serviços - privada e estatal - deveria atender os pacientes independentemente de sua inscrição no INPS. As internações na rede privada decorrentes de um atendimento ambulatorial já não necessitavam assim percorrer os trâmites burocráticos do INPS, responsáveis pelas famosas filas a cujo suplício têm estado submetidos os usuários.

Cabe por fim uma qualificação sobre a forma como se expandiu o consumo de serviços de saúde no Brasil a partir dos anos 60. Deu-se de fato uma diferenciação a vários níveis.

Desde logo permaneceu uma faixa de assistência médica liberal e/ou empresas médicas, não apenas mas principalmente dedicadas ao atendimento da demanda dos grupos de altas rendas.

Outra divisão é certamente entre a medicina previdenciária e a medicina oficial não-previdenciária, incluída basicamente nesta a assistência médica prestada pelas secretarias estaduais de saúde, cujo padrão de atendimento tende a ser menos tecnificado e mais "simplificado".

Ademais, os convênios estabelecidos entre INPS, Empresas Médicas e Empresas Empregadoras (industriais, comerciais, etc.) significaram também uma certa diferenciação frente ao padrão corrente no interior da medicina previdenciária-serviços próprios e credenciados.

Por fim, nesses mesmos convênios dá-se uma diferenciação entre os assalariados de base e os detentores de altos salários, chamados tecnicamente de ordenados e que poderiam ser entendidos como verdadeiras participações nos lucros. Os serviços de saúde a que têm acesso uns e outros no âmbito dos convênios são distintos.

Parece-me fora de dúvida que os cortes aqui mencionados correspondem a uma concreta diferenciação no consumo de assistência médica que, aliás, reproduz uma oposição existente na economia brasileira: consumo dos trabalhadores versus consumo dos capitalistas. No entanto, a qualificação rigorosa desta diferenciação só pode ser feita através de um trabalho de investigação de campo que dê conta das diferenças técnicas, da natureza do ato médico em si, da qualidade do serviço, etc...

É interessante recorrer ao depoimento de um profundo conhecedor dos problemas de medicina no Brasil - o Dr. Carlos Gentile de Mello:

"A assistência prestada através dos convênios com empresas, além da comprovada desigualdade de distribuição geográfica, privilegiando as áreas mais prósperas, também é prestada, dentro da empresa de modo desigual privilegiando as camadas de melhor nível de renda.

Nesse particular vale referir que o presidente da Associação Médica Brasileira, em debate na Escola Superior de Guerra, denunciou que os grupos médicos atendem os dirigentes das empresas tratando-os a velas de libra, enquanto não satisfaz às necessidades mínimas do trabalhador em geral, de baixa qualificação.

Embora a acusação tenha sido feita sem qualquer suporte de natureza concreta, tudo faz crer que há fundamento na afirmação. É que no contrato firmado entre as empresas empregadoras e as empresas médicas consta a fixação de categorias diferenciadas. Uma das empresas médicas, no Rio de Janeiro, refere os seguintes tipos de beneficiários: 'standard', extra, executivo, especial" (93).

Outra tendência recente e, do meu ponto de vista, um desdobramento daquela diferenciação, ou pelo menos com ela articulada de alguma forma, é a previdência privada tornar-se um complemento importante e diferenciado do sistema previdenciário oficial.

Complemento porque aliviaria o INPS, agora SINPAS, tanto das pressões por assistência médica quanto daquelas relativas ao pagamento de benefícios e auxílios em geral. Assim ampliar-se-ia o número de empresas empregadoras que articuladas com empresas médicas oferecem atenção à saúde de seus empregados e ao mesmo tempo as aposentadorias teriam seus níveis melhorados para os assalariados das empresas que desenvolvessem seus esquemas previdenciários.

O presidente do INPS, Sr. Reinhold Stephanes, em entrevista à Revista Visão de 21 de março de 1977, após afirmar que um aumento de 20% a 30% na demanda de atendimento médico estrangularia o sistema, conclui:

"Logicamente, há saída para o impasse. O governo desconta 5% nas contribuições de empresas privadas ao INPS quando estas prestam serviços médi-

cos a seus empregados, por meio de convênios, e desafoga assim a previdência social. Há empresas modelares, como a Volkswagen e a Bosch, nesse atendimento. Nosso propósito é que a iniciativa privada adote ou amplie esses serviços".

Os empregados das empresas capazes de montar o esquema têm suas rendas e consumo melhorados. Cria-se um mecanismo mobilizador de poupança pois as entidades de previdência privada podem aplicar parte de suas reservas técnicas no mercado de ações e assim estimular a capitalização da empresa privada nacional (94).

A previdência privada irá assim significar um reforço à diferenciação das rendas e consumo dos assalariados, renascimento de uma fonte de mobilização de recursos para o mercado de capitais, reforço do espaço de lucratividade das empresas modernas, mecanismos de atração e controle de sua mão-de-obra. Quer dizer, uma espécie de política social da empresa moderna, uma nova cara daquela estratégia de empresa para captação de trabalhadores que identificamos nos começos deste século.

4.4. A política governamental relativa à indústria do "Setor Saúde"

As políticas do Estado brasileiro na área industrial do "Setor Saúde" estão delimitadas pela evolução capitalista da medicina que recém analisamos. Cabe-nos, em consequência, caracterizar quais relações industriais estão subjacentes às práticas médicas, às formas que marcam a estrutura e a dinâmica dos serviços de atenção à saúde (95).

Lembremo-nos de que esta retaguarda industrial é a que responde pela produção material, elabora os instrumentos de trabalho, que dá forma concreta aos avanços científico-tecnológicos, elementos transformadores do próprio processo de trabalho cujo destino é, em princípio, preservar e recuperar a saúde humana. É assim nesta área que se realiza fundamentalmente o progresso tecnológico, derivado das descobertas científicas, modificador das intervenções médicas no corpo humano, e simultaneamente modificador das bases técnico-econômicas de organização dos aparelhos públicos e privados de serviços de saúde.

Impõe-se uma análise das características da indústria farmacêutica, em suas linhas gerais, para que entendamos, por exemplo, o movimento da política governamental brasileira relativa a medicamentos.

É sabido pelos analistas daquela indústria que a década de 50 foi o momento central de um verdadeiro "boom" tecnológico manifesto na produção de novos fármacos como os antibióticos, antiestamínicos, corticosteróides, diuréticos e

tranquilizantes. No Brasil, como vimos pela análise do Dr. Mario Magalhães, o uso dos antibióticos e dos inseticidas de ação residual, nas ações de saúde pública, foram responsáveis por significativas melhoras no quadro de saúde da população entre 1940 e 1960.

Outra consequência, no caso brasileiro como no de outros países de economias semelhantes, foi a penetração de investimentos estrangeiros para produzir aqui estes novos produtos que revolucionavam as ações terapêuticas. Como demonstramos, foi de fins dos 50 o início do primeiro "boom" de assistência médica individual, no âmbito das organizações previdenciárias, vinculado na primeira década de 60, antes mesmo do INPS, à ênfase hospitalar, e assim atrelado não só àquela como a outras descobertas técnicas inseridas nos serviços de saúde. Os progressos farmacológicos ampliavam não só a terapêutica clínica como a gama de possibilidades de intervenções cirúrgicas, na medida em que potencializavam as condições de enfrentamento aos riscos operatórios.

Grupos internacionais de diversas origens investem maciçamente no Brasil durante a década de 50 na conquista de mercados que elevem seus lucros.

"O capital americano isolado ou associado a capital brasileiro controla 46% das vendas de medicamentos; capitais de diversas nacionalidades controlam 33,6%, ficando o capital nacional com 18,4% do total de 200 milhões de dólares do mercado" (96).

Desta forma nos anos 60 já estava instaurada na produção de medicamentos, no Brasil, a lógica do capital com todas suas práticas competitivas.

É igualmente reconhecido entre os que estudam este setor que durante a década de 60 ocorre um congelamento do desenvolvimento tecnológico, explicado de distintas formas, (97) prevalecendo no entanto, a que se refere ao esgotamento da fronteira de conhecimentos científicos. Isto significa restrições ao principal fator de crescimento da indústria no longo prazo. Considera-se também que só os anos 90 trariam um novo "boom" tecnológico a partir de desenvolvimentos na Química e Bioquímica.

Porém, as empresas internacionais que operam nesta indústria desenham novas estratégias de crescimento, especialmente em mercados promissores como o brasileiro onde, segundo a Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica - ABIFARMA -, o consumo per capita ainda baixo - US\$ 10.47 anuais - se comparado internacionalmente pode vir a ser consideravelmente ampliado.

"O Brasil pode ter apenas cerca de 40 milhões de pessoas com expressão de consumidor, mas isto, em absoluto, não quer dizer que o restante da população não consuma medicamentos, mesmo que não possua condições financeiras para comprá-los" (98).

Pensa-se aqui obviamente que a política estatal de medicamentos venha a exercer papel dinamizador da demanda pelos produtos da indústria farmacêutica.

Neste sentido, pareceria que a linha de expansão das empresas internacionais instaladas no Brasil pode vir a ser a da integração vertical, passando, portanto, a produzir aqui matérias-primas básicas (99).

A verdade é que entre 1960 e 1970 esta indústria desfrutou de excelente posição econômica no Brasil.

Segundo dados dos Censos e Pesquisas Industriais do IBGE é possível verificar o comportamento daquela indústria entre 1959 e 1970 (100). Seu valor da produção cresceu de 145%, a taxa superior ao conjunto da Indústria de Transformação que se expandiu em 139%. Sua produtividade (valor da transformação industrial/pessoal ligado à produção) se expandiu em 92,8% no período. A relação lucro/salários cresceu de 26%. Passou a oferecer um volume de emprego superior em 13,8%.

Ademais desse dinamismo revelou ótimas condições de lucratividade pois, considerando-se o total de estabelecimentos, foi o setor industrial de mais alta taxa de lucro (lucro líquido/capital) de toda a indústria de transformação: 2.21. A taxa de lucro, considerados os quatro maiores estabelecimentos, é superada apenas pelos ramos de Perfumaria e Fumo.

Por fim registre-se que os medicamentos passaram no período a ocupar melhor posição hierárquica na estrutura nacional de consumo: enquanto em 1959 ocupava o 59º lugar dentre os bens de consumo não-duráveis, superados por setores como alimentar, têxtil, calçados, vestuário e bebidas; em 1970 passavam a ocupar o 49º lugar, superando este último setor.

Elucidemos a seguir certas características das políticas de governo para o setor.

Nos anos 70 verificar-se-ão algumas medidas que num certo grau manifestavam a preocupação governamental em abrir espaço no mercado para empresas de capital nacional. Uma dessas medidas foi a decisão de não mais reconhecimento por parte do Brasil de patentes relativas a fórmulas e processos de fabricação de medicamentos (1971) (101). Outras, que analisarei com detalhe mais à frente, manifestavam-se em certas proposições quando da criação da Central de Medicamentos - CEME - órgão destinado a centralizar a compra de medicamentos pelo Estado.

Antes compreenda-se, porém, que os interesses já arraigados na indústria farmacêutica desde os anos 50 e outras faces mesmo da política oficial sobre o setor, levantam sérios obstáculos a uma política de medicamentos mais integrada.

"Quando comparada com as normas existentes nos Estados Unidos e na maioria dos países europeus, a legislação em vigor no Brasil revela-se extremamente liberal em muitos pontos, como os critérios a serem atendidos para que um novo produto seja lançado no mercado, os tipos de drogas cuja venda é proibida sem receita médica, as informações que devem constar obrigatoriamente nas bulas, publicidade, dosagens, etc." (102).

É nesse contexto que deve ser entendida a ação da CEME, Dec. Lei 68801, vinculada à Secretaria de Planejamento da Presidência da República, e destinada a executar um programa de investimentos, de aquisições de medicamentos e com intenções de influir nos rumos da expansão do setor.

Ao ser criada, em 1971, a CEME encontrou um sistema oficial de produção extremamente difuso e descoordenado, pela inexistência de uma política definida no período anterior. Desde então, definiu como objetivo a "dinamização e racionalização do sistema oficial", referindo-se à transformação tecnológica e ao crescimento da produtividade do sistema. O que estava em questão era substituir equipamentos obsoletos nos laboratórios oficiais, expandir a produção de alguns medicamentos básicos, principalmente vacinas e imunizantes, e superar as distorções provocadas por anos de estagnação e isolamento das unidades produtoras, que implicavam fundamentalmente numa larga margem de capacidade ociosa.

O programa de modernização objetivou ampliar a produtividade e reduzir os custos de produção. Não se pode afirmar a partir dele que a programação da CEME pretendesse ampliar as instalações e a capacidade de produção mais além do que decorresse da melhoria dos equipamentos proveniente da modernização.

Os dados - apesar de não serem detalhados - parecem efetivamente indicar substituição de equipamentos obsoletos. O único caso de investimentos significativos com o propósito de ocupar mercado que é possível encontrar, refere-se

à produção de vacinas anti-pólio e anti-sarampo por parte do Instituto Vital Brasil que, para tal, aplicaram recursos na compra de fermentadores.

Os recursos destinados à modernização - programa que será dado por terminado em 1979 - não demonstraram entre 1974 e 1977 um comportamento firme como para revelar inexorável expansão da capacidade produtiva, ganhos de mercado, estatização, enfim.

Tabela 39

CEME - Evolução dos Recursos dispensados aos programas de modernização: 1974 - 1977. Em Cr\$ milhares

Programa	1974	1975	1976	1977 *
Modernização de laboratórios oficiais de produção	5.038	3.059	10.623	5.500
Modernização dos Almoxarifados (distribuição)	483	2.215	2.700	-
Modernização das Unidades de Vigilância	-	1.897	-	-
Total	5.521	7.171	13.323	-

* Valor estimado

Fonte: MPAS, CEME - Súmula Informativa, março de 1977.

Os investimentos caem de 74 para 75, sobem em 1976 e voltam a cair em 1977.

Apesar da modernização por que passou a rede oficial produtora de medicamentos desde a criação da CEME, não é possível identificar uma política concreta de investimentos que objetivasse competir com o capital privado por maiores fa

tias do mercado. Os investimentos não permitem dizer que a rede oficial acompanharia o crescimento da demanda.

No entanto, não há como negar que o movimento de modernização dos laboratórios oficiais tenha dado razões para que a sempre presente grita ideológica contra a estatização se manifestasse em 1974 também no setor farmacêutico e que a subordinação da CEME, a partir de 75, ao Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS - viesse a ser a resposta do Estado às ansiedades empresariais.

Mas a verdade é que se não nos deixamos enganar por esse embate ideológico, poderemos ver aquela instituição como mais uma que, acusada de estatizante, tem, na verdade, operado como articuladora típica desta etapa do capitalismo brasileiro.

Trata-se de, no âmbito de uma política social - a de saúde, neste caso - articular as unidades produtoras privadas.

A partir de 1975 a Secretaria de Tecnologia Industrial do Ministério da Indústria e Comércio - MIC -, assessorada pela CEME, trata da concessão de créditos ao setor.

Já em 1974, a CEME realizava contatos com representantes de diversos laboratórios nacionais e estrangeiros procurando atraí-los para projetos de fabricação de algumas matérias primas prioritárias constantes da Relação de Medicamentos Básicos - RMB - e que, portanto, têm demanda garantida pela própria CEME. Os projetos, a serem financiados pelo convênio CEME/BNDE, interessaram aos seguintes laboratórios:

B.Herzog, Neomed, Cibran, Astra, Sintofarma, Laboratil, Biosintética, Quimicanorte, Brasvacin, Lorenzini, Sinterbrás e Biobrás.

No mesmo ano, a CEME entrou em contato com vários laboratórios para projetos de produção de antibióticos, quimioterápicos e enzimas. No final do ano, os laboratórios Cibran, Sinterbrás e Biobrás já tinham aprontado os projetos industriais a serem apresentados ao Conselho de Desenvolvimento Industrial do MIC para concessão de incentivos, sob prévia recomendação da CEME. Ainda neste ano de 1974, grupos de empresários nacionais de São Paulo iniciaram entendimentos, com orientação da CEME, para a constituição de uma empresa associada visando a fabricação de matérias primas farmacêuticas prioritárias e ao desenvolvimento de pesquisa aplicada no setor.

Destes projetos, um deles (o da Biobrás) está em fase final de estudos e um já foi implantado. A CEME patrocinou, em 1975, uma joint-venture entre um grupo nacional (Companhia Brasileira de Antibióticos - CIBRAN) e um grupo português extremamente importante no mercado internacional (CIPAN) para a produção de antibióticos. A empresa resultante conta com o apoio do BNDE e da Secretaria de Tecnologia Industrial do MIC e já está produzindo medicamentos que têm demanda garantida pela própria CEME.

É no programa de compras de medicamentos onde se encontra um certo privilegiamento da produção estatal.

As aquisições de medicamentos pela CEME, entre 1973 e 1976, foram feitas basicamente à rede oficial e este sim deve ter sido o resultado dos investimentos modernizantes dos laboratórios estatais.

Em 1976, 76% das compras da CEME eram feitas à rede oficial enquanto 21% à particular. Em 1973 as proporções foram 61% e 31%, respectivamente.

Tabela 40

CEME - Programa de Produção - Valor produzido, segundo área de fornecimento - 1973-1976. Em Cr\$ milhões.

Áreas de fornecimento	1973		1974		1975		1976	
	valor	%	valor	%	valor	%	valor	%
Oficial	45,9	61	94,0	49	184,6	64	273,4	76
Particular	23,3	31	50,9	27	56,6	20	72,0	21
Externa	5,9	8	45,2	24	46,6	16	9,7	3
TOTAL	75,1	100	190,1	100	287,8	100	355,1	100

Obs: A CEME não tem programa de produção própria, em termos estritos. Nos relatórios da entidade, esta expressão é utilizada com o sentido de aquisição de medicamentos, tanto da rede oficial quanto da indústria privada.

Fonte: MPAS, CEME - Relatório 1976, pg. 16.

A expansão futura do programa de distribuição parece apontar, no entanto, numa direção privatizante. Esclarece o Relatório CEME, de 1976, que

"...o baixo percentual de aquisições à indústria privada decorre do processo de modernização dos laboratórios oficiais com conseqüente aumento da produtividade. Mas, na medida em que aumenta o programa de distribuição, esgotada a capacidade da rede oficial, que não se ampliou e até diminuiu, a tendência é de aumentar-se substancialmente as aquisições à indústria privada" (103).

Estimativas preliminares da CEME indicavam para 1977 um programa de distribuição de medicamentos da ordem de 800 milhões de cruzeiros, ou seja, mais do dobro da quantidade distribuída em 1976 (355 milhões), conforme poderá ser verificado mais adiante, no ítem referente aos programas de distribuição. Isto se deve, em grande parte, à incorporação total do INPS ao sistema CEME, que passou neste ano a ser responsável pela aquisição de todos os medicamentos distribuídos pelo Instituto. A rede oficial, se conseguir reproduzir a taxa de crescimento da produção observada em 1976 (67,5%), poderia fornecer Cr\$ 457,9 milhões, ou cerca de 57% do total do programa de distribuição. Comparado com o desempenho recente da rede oficial, este percentual indica um decréscimo na participação relativa do sistema próprio.

A CEME em sua trajetória concreta esteve articulada ao capital tanto no setor industrial como nos serviços de saúde.

Em 1974 o Relatório CEME deixava bem claro que

"...em termos institucionais, o atendimento ao FUNRURAL, INPS e IPASE fica restrito, inicialmen-

te, aos serviços próprios e àqueles de outras instituições governamentais, beneficentes e sindicais credenciadas", (p.26)

ficando excluída a princípio a rede hospitalar privada beneficiada da assistência farmacêutica oficial. A partir de 1975, com a transferência da CEME para a área do MPAS, ficou determinada a extensão das atividades de fornecimento de medicamentos a toda a rede pública ou privada credenciada prestadora de serviços de assistência médica, incluindo as empresas médicas particulares com fins lucrativos. Assim, a CEME passou a centralizar a aquisição de medicamentos para todo o sistema de assistência médica da previdência social.

Tabela 41

CEME - Composição do valor dos medicamentos distribuídos, segundo órgão distribuidor. 1976

Órgão distribuidor	%
Secretarias Estaduais de Saúde	47,74
INPS	39,11
FUNRURAL	4,77
Diretoria de Saúde da Aeronáutica	0,06
Diretoria de Saúde do Exército	0,23
Diretoria de Saúde da Marinha	0,66
Atendimento Internacional	1,41
Atendimento indireto aos órgãos do Minist.da Saúde	4,38
Binacional de Itaipú	0,02
Grupo Escolar N.S. Conceição (RS)	1,62
TOTAL - Cr\$ 352.126.612,00	100,00

Fonte: Relatório CEME, 1976, pg.31.

Tabela 42

MPAS - CENTRAL DE MEDICAMENTOS - CEME

DEMONSTRAÇÃO DA RECEITA POR FONTES

(Composição do FUNCEME)

Cr\$ 1.000

FONTES DE RECURSOS	1972		1973		1974		1975		1976		1977		TOTAL	
	VALOR	%	VALOR	%	VALOR	%	VALOR	%	VALOR	%	VALOR	%	VALOR	%
UNIÃO	1.000	1,5	120.000	76,2	157.592	47,0	217.410	57,2	189.859	39,3	229.830	28,2	915.691	40,9
SEPLAN	60.000	91,7	186	0,1	450	0,1	—	—	—	—	—	—	60.636	2,7
INPS	4.421	6,8	8.699	5,5	69.445	20,7	68.000	17,9	158.000	32,7	330.000	40,5	638.565	28,5
FUNRURAL	—	—	—	—	12.000	3,6	23.200	6,1	42.133	8,7	86.500	10,6	163.833	7,3
L B A	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2.400	0,3	2.400	0,2
ESTADOS	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1.714	0,2	1.714	0,1
OUTROS	—	—	2.352	1,5	250	0,1	22.605	5,9	10.535	2,2	5.847	0,7	41.569	1,9
SUCAR	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	116.175	14,3	116.175	5,2
EXERCÍCIOS ANTERIORES	—	—	26.259	16,7	93.841	28,5	49.073	12,9	82.967	17,1	42.378	5,2	296.518	13,2
TOTAL	65.421	100,0	157.496	100,0	335.578	100,0	380.288	100,0	483.494	100,0	814.844	100,0	2.237.121	100,0

Com as informações das tabelas 41 e 42, pode-se entender que o fundamental da receita da CEME é contrapartida financeira do INPS e FUNRURAL aos medicamentos que ela adquire e repassa para aquelas autarquias. A participação da União é decrescente a partir de 1974 (47,0%) até 1977 (28,2%).

Desta forma tampouco através da CEME as transferências governamentais financiam a medicina previdenciária.

O segmento subsidiado pela CEME é aquele composto pelas secretarias estaduais de saúde a quem são destinados 47,74% dos medicamentos para uma insignificante contrapartida financeira. Este, no entanto, poderá vir a ser um aspecto significativo de uma política de saúde pública de distribuição de medicamentos ativos no combate às doenças que atingem grandes contingentes populacionais.

Em nenhum momento foi cogitada pela CEME a "estatização" do setor, assim como em nenhum momento houve qualquer contradição manifesta entre os programas de produção e distribuição. O objetivo, claramente, sempre foi o de expandir a assistência farmacêutica através da iniciativa privada, de preferência da "genuinamente nacional". A questão da nacionalização era posta até mesmo em termos de segurança nacional, uma vez que se trata de um insumo estratégico mesmo do ponto de vista militar. Mas mesmo assim a questão nunca chegou a ser posta em termos de restrições às empresas internacionais. As evidências são mais uma vez as de fusão tríplice de interesses: capital privado, nacional e estrangeiro, e Estado. Quanto a este, o objetivo tem sido uma política que articule os

interesses específicos dos empresários do setor, no interior de sua política industrial, com uma estratégia mais ampla, representada pela política social, que na área de saúde significou uma medicina previdenciária com estrutura e dinâmica capitalistas.

Outra área industrial do "Setor Saúde", importante tecnicamente porém ainda com base econômica interna limitada, é a produção de equipamentos, instrumentos e utensílios, destinados ao uso médico, odontológico, laboratorial, etc. Chamemo-la resumidamente de Indústria de Equipamentos Médicos.

Estes produtos têm estado presentes nas transformações das práticas médicas e, como vimos ao longo de todo este capítulo, correspondem também a exigências técnicas e econômicas que modificam a natureza de certas unidades de serviços de atenção à saúde. Desde logo, representam requerimentos de capital mais elevados que incidem sobre a escala daquelas unidades de serviços, sobre a tecnificação do ato médico, sobre a divisão do trabalho, sobre as formas de propriedades dos mesmos, etc.

Entre 1961 e 1970 assistimos a um crescimento significativo das importações daqueles produtos: 559,9%. Se observarmos o período anterior à unificação dos institutos previdenciários (1961 a 1966) encontraremos indícios já de um processo de tecnificação das unidades de serviços de saúde no país pois aquelas importações crescem de 147,7%. Se considerarmos dentre este total aqueles produtos mais representativos econômica e tecnicamente - isto é, os Aparelhos e Equipamentos

Elétricos e os Não-Elétricos - as taxas de expansão são de 220% e 57,8%, respectivamente.

Com a criação do INPS e a correspondente aceleração dos procedimentos técnicos em moldes capitalistas, verificaremos que o total das importações se expande a uma taxa maior ainda 166,3% (1970/1966). Os sub-ítems acima mencionados crescem neste período de 184,5% e 154,3%. O primeiro a uma taxa inferior e o segundo a uma taxa superior, comparativamente ao período 1961/66, conforme se pode ver pela tabela 43, a seguir.

Tabela 43

Importações de equipamentos, aparelhos e materiais de uso em Serviços de Saúde*

Valor em US\$

	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970
1) Aparelhos e Equipamentos elétricos Δ%	1.609.891	3.273.008	4.209.938	3.501.560	4.409.244	5.153.029	6.797.952	10.976.859	12.681.920	14.662.517
						66/61:220,0				70/66:184,5
2) Aparelhos e equip. não-elétricos Δ%	1.110.895	1.110.504	1.334.026	1.153.975	740.923	1.754.031	2.063.756	2.623.193	3.057.809	4.482.056
						66/61:57,3				70/66:154,3
3) Materiais Δ%	216.928	224.322	256.100	252.403	235.904	627.473	679.049	1.096.226	1.376.364	1.544.454
4) Móveis Δ%	17.713	4.524	8.464	2.972	967		30.448	40.409	32.657	34.453
5) Artigos ortopédicos em geral Δ%	192.235	162.544	211.201	161.269	149.652	264.922	266.975	271.931	330.725	730.798
Total Δ%	3.147.662	4.774.802	6.019.729	5.072.179	5.536.600	7.799.454	9.838.180	15.008.658	16.906.475	20.773.020
		51,6	26,0	-15,0	9,1	40,8	26,1	52,5	12,6	22,8
						66/61:147,7				70/66:166,3

(*) Uso médico, odontológico e laboratorial.

Fonte: Comissão de Comércio Exterior-CCEX, do Banco do Brasil.

Obs: Como os valores estão em dólares norte-americanos, que nesta década apresentaram considerável estabilidade, podemos considerá-los como valores constantes.

GRUPO DE SERVIÇOS

- Aparelhos de Eletricidade Médica e radiológica: eletroquímicos, eletrotraumáticos, eletrodiagnósticos, eletricidade médica, radiações p/terapia, eletrocardiograma. Raios X para uso ambulatório; Raios X para uso médico, preparações p/aparelho de Raios X, chapas e filmes virgins.
- Aparelhos não elétricos: termômetros p/uso em medicina, aparelho p/pressão arterial, para endoscopia, para medicina, para cirurgia, mecoterapia, psicoterapia, oxigenoterapia, oxenoterapia, respiração artificial e ventiladores; Aparelhos para uso em odontologia.
- Materiais: Médico (uso médico, odontológico, de laboratório e domiciliar): agulhas, seringas graduadas, algodão hidrófilo, gaze simples, gaze estéril, cânulas nasais, espáculos, emplastos, curativos medicamentosos, cataplasmas, sacos de gelo, bolsas de água quente, aparelho para laboratório, medicina, higiene, odontologia e cirurgia não-especificadas, seringas e pulverizadores.
Médico: Catgut para sutura, laminários em tubos de vidro, curativos cirúrgicos, papéis medicamentosos, sondas, cateteres, tubos, artigos p/medicina e cirurgia não especificados, luvas para medicina, pipos.
Odontológicos: cimento dentário e outras preparações, gesso preparado para dentista.
- Móveis, Cabines e Móveis Especiais: odontológicos - cadeira para dentista.
Médico - mesas p/operatório, leitos próprios p/hospitais, outros móveis para uso em medicina e cirurgia.
- Artigos ortopédicos: Médico: aparelhos ortopédicos, falsos cirúrgicos, aparelho para surdez e suas pilhas especiais.
odontológicos: dentes artificiais.

A queda nas taxas de algumas importações poderia estar indicando que em fins da década de 60 se instaura um processo de "substituição de importações" pela produção interna. O padrão médico-hospitalar bastante expansivo durante toda a década em meio a uma medicina previdenciária cada vez mais significativa em termos de dispêndios, conformou uma demanda sustentada e assim, incentivos à produção local. As escassas informações empíricas de que dispomos não nos permitem uma análise aprofundada, no entanto, dão indicações naquela direção.

Assim, a tabela 44 mostra como o valor da produção da Indústria de Equipamentos Médicos se expandiu em 56,3% entre 1970 e 1973 enquanto os investimentos subiam, no mesmo período, 93,6%. As maiores dificuldades de substituição encontrar-se-iam por certo nos produtos mais sofisticados - os equipamentos elétricos - cujo valor da produção elevou-se em 38,1% e os investimentos em 9,5%. Já os equipamentos não-elétricos cresceram de 76,6% quanto ao valor da produção e de 236,0% em investimentos. Os materiais em geral apresentaram taxas de 62,6% e 124,3%, respectivamente.

Tabela 44

Indústria de Equipamentos, Instrumentos e Utensílios para uso
médico, cirúrgico e laboratorial*

Valor da produção e investimentos - 1970/73 - Em Cr\$ 1.000 de 1976

		1970	1973	
		\$	\$	%
Equipamentos Elétricos	Valor da Produção	297.449	413.427	38,1
	Invest.	17.854	19.544	9,5
Equipamentos Não-elétricos	Valor da Produção	99.516	175.715	76,6
	Invest.	4.092	13.751	236,0
Materiais	Valor da Produção	545.183	886.482	62,6
	Invest.	29.996	67.292	124,3
TOTAL	Valor da Produção	994.148	1.475.624	56,3
	Invest.	51.942	100.587	93,6

Fonte: Pesquisa Industrial FINEP, 1978.

Do ponto de vista de política governamental, este setor industrial não parece estar recebendo maiores atenções mesmo porque é pouco significativo ainda no conjunto da indústria de transformação.

A maioria das tarifas sobre as importações do setor estão em torno de 9%, o que significa baixa proteção à competição externa, segundo técnicos do sindicato patronal, que identificam no depósito prévio a maior proteção já efetivamente concedida (104).

O processo de "substituição de importações" que parece ganhar força nos anos recentes, como vimos, já apresenta igual que nos demais setores industriais o conhecido movimento de penetração do capital estrangeiro em competição e/ou associação com o capital nacional.

As observações que acabamos de realizar sobre esta área industrial são nitidamente exploratórias e apontam, na verdade, nada mais que a necessidade de investigações de campo procurando elucidar as características desta indústria. Estas, certamente, como um dos elementos de um estudo mais amplo sobre a natureza técnica e econômica da organização dos serviços de saúde, públicos e privados. Mais abrangente, ainda, seria um aprofundamento deste item que acabamos de cuidar em suas linhas mais gerais: indústria farmacêutica e de equipamentos médicos - intervenção do Estado no "Setor Saúde".

O que vimos, no entanto, foi suficiente para registrar as características centrais da política governamental recente sobre a indústria mais importante do setor saúde: a farmacêutica.

Ficaram claros os limites de uma política de medicamentos face a uma estrutura industrial farmacêutica capitalista e internacionalizada, face a uma medicina previdenciária operando em bases capitalistas e promovida pelo próprio Estado. Isto significa que os produtos materiais que servem de suporte às práticas médicas estão sob uma racionalidade específica: a do capital. Que aqueles produtos são diversificados, embalados, combinados e recombinaados em suas múltiplas formas, que os atos médicos farmacologizados e tecnificados, às vezes,

desnecessariamente do ponto de vista da saúde strictu sensu, mas o são porque a produção pela produção é o que permite acumular lucrativamente capital, porque ademais a expansão ilimitada do consumo é apenas uma arma da competição dos capitais individuais entre si.

Estas considerações não significam a negação de um poder de regulação pelo Estado (105) da indústria farmacêutica no contexto de uma política de medicamentos que melhor atenda às necessidades mesmas de saúde da população. A natureza desta regulação, contudo, e sua racionalidade correspondente, nos remete de fundo à natureza do próprio Estado.

5. A política governamental e o desenvolvimento do capital nos Serviços e na Indústria do "Setor Saúde"

Demonstramos anteriormente, às páginas 96 e seguintes, de que modo a política de saúde responde aos interesses capitalistas em geral. Tanto a forma de financiamento da medicina previdenciária, marcada pela participação quase que exclusiva dos assalariados e do público em geral, quanto o descaramento de gastos em saúde pública, agravado por uma estrutura tributária per se regressiva, levavam à concentração da renda, uma das exigências determinadas pelo próprio padrão de acumulação vigente.

Contudo, é preciso convir que mesmo com o padrão de gasto e com a forma de financiamento haveria distintas políticas para o "Setor Saúde".

Desde logo, a medicina previdenciária poderia ter sido impulsionada com a predominância dos aparelhos públicos, previdenciários e não-previdenciários (106). Este tipo de estruturação da rede de serviços teria de imediato uma série de desdobramentos como a integração de hospitais e ambulatórios do sistema previdenciário com os dos Estados, Municípios, e do próprio Ministério da Saúde, por exemplo. Em consequência, a extensão dos serviços a uma proporção maior da população, especialmente num movimento de interiorização das práticas de saúde - na direção de áreas urbanas periféricas e áreas rurais - tornar-se-ia mais efetiva e mais rapidamente viável. Desdobramento daquela estruturação da rede oficial também se-

ria uma integração das medidas de assistência médica individual com as chamadas medidas de atenção à saúde coletiva, isto é, uma prática integradora das políticas de medicina previdenciária e de saúde pública. Lograr-se-ia também uma política mais adequada de aparelhamento técnico das unidades de serviços face às necessidades da população, visualizadas inclusive segundo suas especificidades regionais e sociais. E, finalmente, também, chegaríamos a política de medicamentos que incluísse não só os requerimentos advindos das "doenças de massa", dos problemas de saúde pública, como uma estruturação da produção farmacêutica menos determinada pelas práticas competitivas intercapitalistas, como as incessantes diferenciações estéreis de medicamentos, e mais voltada à produção de fármacos, definidos como necessários pelo conhecimento médico-científico indicador das práticas preventivo-terapêuticas integradas.

Na área de políticas relativas ao segmento industrial do "Setor Saúde" igualmente outras direções poderiam ter sido adotadas. A ênfase de investimentos no conjunto de laboratórios oficiais, como vimos, não se deu numa magnitude ampliadora do poder de influência estatal direta na produção e consumo de remédios. Tampouco, a política de aquisições da CEME parece ter sido capaz de produzir alteração da produção e consumo no sentido que indiquei acima. Isto não significa obviamente negar sua ação efetiva na maior distribuição de medicamentos através das Secretarias de Saúde como mostramos. A política de patentes parece ter sido a única medida importan-

te de incentivo à produção por capital nacional, permanecendo, no geral, mais no esquema tríplice a que nos referimos, o qual não significa nenhuma alteração nas práticas de produção e comercialização de medicamentos.

A indústria de Equipamentos Médicos com uma estrutura ainda frágil economicamente não tem recebido maiores incentivos da política governamental. Desta forma, o dinamismo que começou a acusar recentemente, a partir dos 70, parece caracterizar-se pela penetração do capital estrangeiro em meio ao processo "substitutivo de importações", que poderá redundar na gestação de certas barreiras a uma regulação mais efetiva por parte do Estado. Assim, a orientação da composição de sua produção de maneira adequada às "necessidades internas", pode vir a ser dificultada.

Não é necessário que me extenda para que fique clara a existência de políticas alternativas, como tantos têm sublinhado. É relevante, isto sim, examinar, ainda que rapidamente, o significado em termos dos vários interesses em jogo, no setor saúde.

A integração dos aparelhos públicos de serviços de saúde implicaria em contenção da demanda das empresas médicas privadas, que teriam suas taxas de lucro e de investimento afetadas em proporção à transferência de demanda efetuada para a rede estatal. Imediatamente, colocar-se-ia em cheque o esquema financeiro de financiamento da rede privada de serviços.

A interiorização da medicina, inclusive em moldes simplificados, para áreas rurais e urbanas secundariamente atendidas ou plenamente carentes, defrontar-se-ia não só com os interesses das empresas médicas, que tentarão defender suas fatias de mercado. Teria de superar, também, a tendência da

"...crescente corporificação do conhecimento em tecnologia de alta densidade de capital, exercida por agentes altamente especializados, diversificados e prestigiados, em que cada vez mais o ato médico se transfigura na técnica e no instrumento ..." (107)

movimento este que corresponde ao privilegiamento na prática médica de um enfoque específico da História Natural das Doenças, aquele que apresenta

"...como fator preponderante o diagnóstico e a terapêutica, e (que) centra suas ações sobre os 'complexos de efeitos', reproduzindo constantemente uma população necessitada de serviços médicos" (108).

A retomada de medidas de saúde pública especialmente se integradas com a assistência médica individual demandaria a reorientação do gasto estatal previdenciário conjuntamente com uma relativa ampliação do gasto direto. Esta reconversão da política de saúde, em seus dois segmentos básicos, teria de passar mais uma vez pela desmontagem das articulações já consolidadas no atual "Setor Saúde" como por certos rearranjos das prioridades estatais em sua política de gasto.

Isto é o bastante para que se compreenda de uma vez por todas que a política do setor saúde foi elaborada a partir de interesses muito bem determinados e que outra política de saúde suporia que outros interesses, excluídos da política efetiva, fossem tomados em conta. Em outras palavras, é preciso entender que a política do setor saúde contempla os interesses capitalistas aí dominantes e expressa, no específico, a natureza de um Estado que não abriga os interesses dos assalariados senão nos limites mínimos.

Deste ponto de vista, perdem sentido as três vertentes críticas que mencionamos. A que vê na estatização a panacéia de todos os males porque: nada poderia impedir que as empresas públicas se comportassem como privadas e, assim, operassem com práticas técnicas, econômicas e financeiras tipicamente capitalistas, como de resto ocorreu com as empresas estatais durante o período que consideramos (109); nada obstaculizaria, também, que os próprios serviços de saúde estatizados adotassem a lógica capitalista. Nada poderia impedir, nada obstaculizaria: a estatização somente assumiria contornos democráticos e populares na medida em que a natureza do Estado fosse outra, ou melhor, na medida em que o peso político dos assalariados pudesse impor políticas alternativas e garantir sua execução através do controle público do setor saúde. A que vê no retorno à medicina liberal o caminho, porque, pública ou privada, a expansão levaria inexoravelmente ao assalariamento, exigência absoluta tão logo se imponha a generalização da medicina previdenciária. E muito menos a tecnocrática, que propõe reformas, escamoteando as forças em jogo.

6. A crise atual da política de saúde

A partir de 1974 a política nacional de saúde, concretamente expressa no padrão do "Setor Saúde" analisado (110), entra num impasse que é em parte econômico-financeiro mas principalmente político.

Quais as razões disso?

Num aspecto, conforme analisei, vem-se verificando nos últimos anos um agravamento, ora em termos relativos ou mesmo em termos absolutos, das condições gerais de saúde da população.

Constata-se nos anos 70 a permanência de graves problemas de Saúde Pública em razão tanto do descaramento característico do padrão de política já analisado, como do fato de que tais problemas constituem herança do próprio período em que a Saúde Pública predominava na política nacional.

No quadro atual, às doenças infecto-contagiosas somam-se as crônico-degenerativas, características das sociedades mais industrializadas e também, em parte, consequência da elevação da vida média da população. As endemias antes ditas rurais tornam-se também urbanas. Algumas, como a doença de chagas, a esquistossomose, malária e leishmaniose, permanecem como problemas de âmbito nacional, ademais de outras de caráter regional

No panorama nosológico urbano estão as endemias rurais urbanizadas - como chagas e esquistossomose, etc. - co

mo também a reincidência estatisticamente significativa da tuberculose, o quadro de desnutrição e todas suas consequências inclusive fatais, estão os acidentes de trânsito surgindo como importante causa nas taxas de mortalidade (111).

Não pode a medicina previdenciária constituir em si uma solução para este quadro. Dadas estas condições gerais de saúde decorrentes não só do descuido com medidas de saúde pública em sentido estrito, mas também, do insuficiente saneamento básico, do fracasso na solução habitacional popular, da escassez dos transportes urbanos coletivos (112), das restrições às rendas e consumo dos assalariados, derivadas da contenção ou reduzida recomposição da taxa de salário; repito, diante disto, não há - como muitos já têm enfatizado - que esperar da assistência médica um caráter resolutivo.

Depois da Reforma de 1966 foi ofertado como nunca um volume significativo e crescente de atenção médica.

Os gastos com assistência médica têm crescido de tal forma que voltam a apresentar-se como um dos elementos que instabilizam financeiramente a Previdência Social.

Para isto concorrem também a impossibilidade de um esquema de capitalização e os deficits da União para com o sistema. E desse modo a assistência médica - cuja demanda sempre supera a oferta - é um problema, um impecilho, que se repõe a cada crise, agora como em 1966.

Ademais como quem financia o sistema são os segurados (assalariados) e o público em geral, só há estabilida

de financeira relativa quando a massa global de salários cresce em decorrência da expansão do emprego e dos salários, pois só assim forja-se uma receita capaz de responder minimamente ao crescimento da demanda por benefícios e serviços da previdência. Quando a economia arrefece mais rapidamente é rompido o instável equilíbrio do sistema financiado naquelas bases.

Vinculados a este aspecto financeiro estão todos os que detalhamos no item anterior e que correspondem a uma reconversão da política nacional de saúde que teria de de~~de~~frontar-se com os interesses constituídos pelo padrão anterior. A mencionada reconversão, como vimos, implicaria:

- a) rearticulação dos aparelhos públicos;
- b) extensão efetiva da assistência às áreas periféricas urbanas e rurais, respeitando as características regionais e sociais de suas necessidades;
- c) integração das medidas de saúde pública com as de assistência médica individual;
- d) adequação técnica das unidades de serviço às necessidades da população;
- e) avanços na política de medicamentos;
- f) política orientadora da produção industrial.

É enfim a reordenação da medicina previdenciária simultaneamente integrada à reativação da Saúde Pública, que atenderiam às necessidades e interesses dos assalariados e da população em geral. Os impasses do Estado em conformar esta nova política é que constituem a crise presente do "Setor Saúde".

Porém, é necessário entender que ela faz parte, na verdade, dos problemas do próprio padrão de políticas sociais que passam por:

- a) uma política salarial de reajustes ditados pelo Estado através de cálculos matemáticos que os situam, quase sempre, a baixo das taxas de inflação e de crescimento da produtividade, sem que a prática reivindicatória e de negociação com os empregadores seja considerada um legítimo direito dos trabalhadores;
- b) um financiamento de políticas ditas redistributivas calçado em deduções sobre salários reais, cuja evolução está submetida à referida política salarial;
- c) uma política relativa à estabilidade no emprego de efeitos discutíveis sob o ponto de vista dos rendimentos e que, certamente, contribuiu para a elevação da rotatividade da mão-de-obra;
- d) mecanismos de poupança compulsória do tipo PIS e PASEP que mais se destinam ao financiamento das empresas do que à redistribuição da renda;
- e) políticas de habitação, transportes coletivos e outras, relacionadas às condições coletivas de reprodução da força de trabalho, que não têm atendido às demandas da população.

Desde 1974, estes problemas e os de saúde tornam-se politicamente relevantes. Isto é, o Estado, para buscar o apoio dos assalariados urbanos, tenta avançar as políticas sociais. Cria-se o Conselho de Desenvolvimento Social, o Ministério de Previdência e Assistência Social, o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social; lança-se o Plano de Pronta Ação que amplia a oferta de assistência médica, o discurso oficial dá sinais de que é necessária uma modificação no sanea-

mento, na habitação, nos transportes urbanos coletivos, etc.

Contudo, quais as condições concretas desta conjuntura?

Em primeiro lugar, no sentido mais geral possível, este momento coincide com uma crise econômica que encurta o poder financeiro do Estado. Encurta não no sentido de que os recursos diminuam, mas no sentido de que passa a haver uma disputa acirrada por um bolo que cresce menos (113).

Mais especificamente:

1. É impossível elevar substancialmente os gastos orçamentários com saúde pública; ainda que isso tenha se esboçado como vimos na análise do gasto;
2. A expansão da medicina previdenciária provoca ao lado de outros fatores uma nova Reforma Previdenciária (SINPAS) sem contemplar novas bases financeiras, atribuindo-se à reorganização administrativa a solução dos problemas;
3. A modificação das condições gerais de vida urbana esbarram nos custos de financiamento ao saneamento básico, à habitação; dado que a estruturação financeira do BNH, suas vinculações com os setores produtivos e uma certa estrutura de demanda tornam seus repasses de recursos extremamente onerosos para a solução dos problemas relacionados ao consumo de bens básicos como os mencionados.

Ou seja, para o Estado enfrentar efetivamente as questões sociais afloradas na crise atual, teria de proceder uma reestruturação de suas bases tributárias; romper as restrições de que é presa no manejo de políticas sociais, dados os interesses que se consolidaram no padrão anterior a esta crise e, na realidade, ainda plenamente vigentes; reestru-

turar seus esquemas de concentração e mobilização de excedentes (PIS, PASEP, FGTS, Fundos Fiscais, etc.); reordenar sua política de gastos.

Ademais coloca-se a alteração da condução da política salarial no sentido de que as elevações de salários reais sejam entendidas como mecanismo básico de reformulação da distribuição da renda, o que não implicaria em contenção da taxa de acumulação, como às vezes insinuam discursos ideológicos pretensamente técnicos.

As questões, enfim, são fundamentalmente políticas.

A regulação pelo Estado do "Setor Saúde" pós-66 ainda que não tenha deixado de levar em conta os interesses dos assalariados urbanos, o fez no âmbito de uma forma de acumulação concentradora da renda e antagônica ao consumo derivado das rendas do trabalho. Foi esta a tônica das políticas sociais da época. Em sua concepção e operacionalidade pesaram profundamente as articulações conglomeradas do capital, cujos interesses fundiam-se no âmbito do Estado. Esta marca das políticas sociais agrava seus impasses no presente momento crítico.

NOTAS

(1) Utilizo, neste trabalho, de forma descritiva e provisória, a noção de questão social para apreender fenômenos complexamente determinados. De um lado, a gênese e transformação desses fenômenos constituem manifestações concretas das formas através das quais reproduzem-se as relações sociais de produção. De outro, manifestam-se desde logo nas práticas políticas e ideológicas e tendem a se constituir em objeto de políticas do Estado.

O desenvolvimento capitalista, neste sentido, constitui em questões sociais, entre outros, aqueles processos relacionados à formação e reprodução da força de trabalho para o Capital. E num mesmo movimento constitui o Estado no organismo por excelência a regular e responder a tais questões. Ao fazê-lo, o Estado, como Estado capitalista e nacional, amplia-as, "atribuindo-lhes" um caráter geral e universal.

No Brasil, o caráter tardio do desenvolvimento capitalista coloca precocemente ao Estado tais problemas. Tanto porque o Estado antecipa-se ao movimento das forças sociais, assumindo práticas que "classicamente" pertenciam à iniciativa das classes, quanto porque, mesmo nas primeiras etapas da sua formação deve minimamente atuar como Estado nacional.

Assim pensada a questão social, creio ser possível apreender diferentes processos e suas respectivas políticas de regulação distribuídos por diferentes planos: o da regulação do mercado de trabalho e do processo de trabalho (política de imigração, legislação trabalhista, política salarial, regulação da jornada de trabalho, etc.); o da normatização da atividade política (organização e controle sindical, legislação do direito de greve, etc.); o da composição do consumo dos assalariados (saúde, habitação, educação, etc.); o da composição das "rendas de trabalho" (como por exemplo, o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS, Programa de Assistência dos Servidores Públicos - PASEP).

Será nesta perspectiva que examinaremos a questão da saúde.

Ver AURELIANO DA SILVA, Liana Maria L., No limiar da industrialização - estado e acumulação de capital (1919-1937), Tese de Doutorado, UNICAMP, 1976.

- (2) Apoio-me para a caracterização do desenvolvimento capitalista brasileiro nesta etapa, em CARDOSO DE MELLO, J. M., O Capitalismo Tardio, Tese de Doutorado, UNICAMP, 1975; SILVA, S.S., Expansão cafeeira e origens da indústria no Brasil, Alfa-Omega, São Paulo, 1976; AURELIANO DA SILVA, Liana Maria L., Op.cit.; CANO, Wilson, Raízes da Concentração industrial em São Paulo, DIFEL, São Paulo, 1977.
- (3) Ver STEPAN, Nancy, Gênese e Evolução da Ciência no Brasil, Artenova, Rio, 1976.
- (4) SINGER, P.; CAMPOS, O.; MACHADO DE OLIVEIRA, Elizabeth, Pesquisa sobre economia da Saúde no Brasil, CEBRAP, São Paulo, 1977.
- (5) Ver ROSÁRIO, Nilson do, Oswaldo Cruz e a questão da Saúde, in Saúde em Debate, nº 4, 1977.
- (6) Cf. CARDOSO DE MELLO, J.M., op.cit.
- (7) De acordo com Liana Maria L. Aureliano da Silva: "A burguesia cafeeira não se constitui em classe de âmbito nacional; ademais, historicamente também foi regional a formação de outras frações de classe dominante correspondentes aos distintos "complexos exportadores", sucessivamente superados. Desta forma é regional a expressão política das frações de classe dominante; mais ainda, as distintas frações originalmente ligadas a um "complexo exportador" apresentam-se, também a nível regional, como um só bloco de interesses políticos. As frações da burguesia: agrária, mercantil, financeira e industrial, não constituem inte-

resses autônomos, dada sua estreita complexidade, determinada pela dinâmica de um e mesmo "complexo agro-exportador". AURELIANO DA SILVA, Liana Maria L., *op.cit.*, ps.103/104.

Convém acrescentar que tampouco as classes dominadas se constituem em âmbito nacional.

- (8) Veja-se FAUSTO, B., A revolução de 1930, São Paulo, Brasiliense, 1970; CARDOSO, F.H., "O Sistema Oligárquico nos Primeiros Anos da República", in O Brasil Republicano, DIFEL, 1975; SAES, D., Industrialização, Populismo e Classe Média no Brasil, Cadernos do IFCH nº 6, UNICAMP, 1976 e O civilismo das camadas médias urbanas na Primeira República (1889-1930), Cadernos do IFCH nº 1, UNICAMP, 1975; SODRÉ, N.W., História Militar do Brasil, Editora Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 1965; WEFFORT, F.C., Classes populares e política, F.F.C.L.da USP, S.Paulo, 1968 e "Estado e Massas no Brasil", in Revista da Civilização Brasileira, nº 7; CARONE, E., A Segunda República, DIFEL, São Paulo, 1975; A República Nova (1930-1937), DIFEL, São Paulo, 1975 e O Tenentismo, DIFEL, 1975; SILVA, H. O Ciclo de Vargas, Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 1964, do vol.III ao XIII; e finalmente, AURELIANO DA SILVA, Liana Maria L., *op.cit.*
- (9) Cf. SINGER, Paul, *op.cit.*
- (10) Para o estudo do caso de Pernambuco, é interessante consultar MEDEIROS, Amaury, Saúde e Assistência, Biblioteca Particular do Dr.Mário Magalhães da Silveira, 1926. Pela tabela que se segue, percebe-se a evolução favorável do gasto.

cont.nota 10.

Estado de Pernambuco - comparação entre as verbas de
Saúde Pública e o orçamento estadual. 1892/1926
(em mil réis correntes)

Ano	Orçamento do Estado	Verbas de Saúde Pública	Verbas/orçamento %
1892	3.617.657	8.100	0,2
1895	8.588.648	86.400	1,0
1900	10.718.016	56.380	0,5
1905	9.086.863	53.900	0,6
1910	10.689.897	183.340	1,7
1914	12.877.884	468.940	3,6
1917	15.055.343	528.980	3,5
1918	15.055.343	528.980	3,5
1919	15.055.343	528.980	3,5
1920	21.432.333	709.340	3,3
1921	19.748.702	678.960	3,4
1922	25.899.962	647.800	2,5
1923	23.651.026	821.984	3,5
1924	28.167.836	1.560.176	5,5
1925	33.090.685	1.719.560	5,2
1926	38.168.092	1.905.680	5,0

Fonte: Saúde e Assistência, Amaury de Medeiros, 1926.

- (11) Esta atuação da Fundação era a transposição para a América Latina, Ásia e África, de sua experiência no combate àquela doença no sul dos Estados Unidos, cujo resultado econômico foi a criação de condições sanitárias para a força de trabalho requerida pelo desenvolvimento capitalista.
- (12) Segundo Dean, "As condições de trabalho eram duríssimas; muitas estruturas que abrigavam as máquinas não haviam sido originalmente destinadas a essa finalidade; além de mal iluminadas e mal ventiladas, não dispunham de instalações sanitárias. As máquinas se amontoavam ao lado umas das outras e suas correias e engrenagens giravam sem proteção alguma. Os acidentes se amontoavam porque os trabalhadores, cansados, que trabalhavam às vezes, além do horário sem aumento de salário ou trabalhavam aos domingos, eram multados por indolência ou pelos erros cometidos, se fossem adultos, ou surrados, se fossem crianças". DEAN, W., A industrialização de São Paulo, EDUSP, 1971, p. 164.
- (13) Diz N. Rosário, op.cit., às páginas 56 e seguintes: "De tal modo a febre amarela dizimava os europeus que aqui chegavam, que os nossos jacobinos chamavam-na 'a patriótica'". E desse mesmo autor, citando J.F. Carneiro, à página 30: "Essas necessidades de mão-de-obra tinham origem não só na escassez relativa de força de trabalho, mas também devido à espantosa instabilidade dos operários agrícolas nas fazendas de café, fossem eles negros libertos, luso-brasileiros ou italianos. Fernando Carneiro comenta que 'custa a crer como a fazenda do café conseguiu lutar, e durante certo tempo, vencer tal situação. Essa instabilidade explica a luta dos fazendeiros para que sempre chegassem ao Brasil novos imigrantes. Era necessário que o seu número fosse muito acima das necessidades reais da lavoura, que a oferta excedesse muito a procura,

a fim de que os 'colonos' se contentassem com salários razoáveis e pudessem ser substituídos com facilidade' ".

ROSÁRIO, N., Imigração e colonização do Brasil, Universidade do Brasil, Rio de Janeiro, 1950. (Os grifos são meus).

- (14) DEAN, W., op.cit., p.166.
- (15) DEAN, W., op.cit., pp.167/168.
- (16) DEAN, W., op.cit., pp. 176 e seguintes, com base em circulares daquele órgão de classe.
- (17) NOGUEIRA, Oracy, Desenvolvimento de São Paulo: imigração estrangeira e nacional, CBPU, 1964, p. 28.
- (18) Ver AROUCA, A.S.S.; OLIVEIRA, Jayme A. e cols. O trabalho em Saúde, pesquisa realizada no âmbito do PESES - Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde, F.Oswaldo Cruz, FINEP, mimeo., 1978. Ver também MALLOY, J., Providência Social no Brasil - participação e paternalismo, in Revisita Dados.
- (19) DRAIBE, Sonia Miriam, Notas para o Seminário sobre Problemas e Estudos de Pós-Graduação em Ciência Política, UNICAMP, mimeo., 1977; AURELIANO DA SILVA, Liana Maria L., op.cit.; CARDOSO DE MELLO, J.M., op.cit.; TAVARES, Maria da Conceição, Acumulação de Capital e Industrialização no Brasil, Tese de Livre-Docência, UFRJ; BELLUZZO, L.G.M., e CARDOSO DE MELLO, J.M., Reflexões sobre a crise atual, in Escrita-Ensaio nº 2, 1977, Partes I e II; LESSA, Carlos, Notas de aula, citadas a seguir.
- (20) Notas de aula do Professor Carlos Lessa no Programa de Pós-Graduação do DEPE, UNICAMP, mimeo., 1978.

(21) Conforme a Professora Liana Aureliano da Silva: "A crise política dos anos 20 culmina com a Revolução de 30: a burguesia cafeeira é, definitivamente, deslocada de sua posição de controle sobre o aparelho de Estado. Entretanto, a revolução não traz imediatamente consigo a 'solução' à crise. O período 30/37 pode, com rigor, ser pensado como um momento de crise política aberta, de crise de hegemonia no sentido mais preciso, na medida em que nenhuma classe ou fração de classe logra tornar-se hegemônica, sucedendo a burguesia cafeeira". Diz ainda: "Neste quadro de crise, o Estado - a burocracia estatal - pode atuar com um certo grau de autonomia frente aos interesses em disputa. Entretanto, dificilmente poder-se-ia entender sua atuação nos marcos de um compromisso entre classes ou frações de classe, ou mesmo entre os distintos blocos regionais de interesses. De fato o que se dá - e o que define a natureza política do período - é a disputa, ainda entre as 'oligarquias', pelo controle do Estado, não conquistado por nenhuma delas, dada sua impotência em redefinir as alianças na nova conjuntura. Ao nível do jogo presente de interesses, a ação do Estado se faz de modo contraditório, como que respondendo concomitantemente aos interesses de distintos grupos". AURELIANO DA SILVA, Liana Maria L., op.cit., pp. 125/126.

(22) Parece-me que é neste sentido que deve ser entendido o conjunto das políticas sociais elaboradas no período. Quer dizer, legislações trabalhistas, a montagem do sistema previdenciário baseado nos institutos, sindicalismo atrelado ao Estado, etc., foram a forma de inserir a classe trabalhadora no processo capitalista, mantendo a lucratividade do setor industrial e sua capacidade de acumulação, mantendo níveis mínimos de reprodução da força de trabalho, mantendo a participação política dos trabalhadores sob controle.

(23) O conjunto da legislação social e trabalhista elaborada nos anos 30 deve ser visto nesta perspectiva. Izabel Piculuga comenta: "No entanto, acreditamos que a motivação para esta reorganização estatal, que compreendeu também a implantação de uma política social previdenciária, a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, e a regulamentação de profissões ligadas à saúde, extrapole esta necessidade de repartir o bolo entre os correligionários". A seguir, ela apresenta o seguinte levantamento:

LEGISLAÇÃO SOCIAL - TRABALHO URBANO

- 1930 - Limita a entrada no território nacional, de passageiros estrangeiros de 3a. classe, dispõe sobre a localização e amparo de trabalhadores nacionais e dá outras providências (lei dos 2/3).
- 1931 - Estabelece novas modalidades para a concessão de férias.
- 1932 - Institui a Carteira Profissional
 - Regula o horário para o trabalho no comércio
 - Regula o horário para o trabalho industrial
 - Regula as condições do trabalho das mulheres nos estabelecimentos industriais e comerciais
 - Institui a Convenção Coletiva de Trabalho
 - Estabelece as condições do trabalho dos menores nas indústrias.
- 1933 - Regula a duração do trabalho em bancos e casas bancárias.
- 1934 - Regula a concessão de férias aos empregados na indústria, sindicalizados.
 - Regula a duração dos empregados em armazéns e trapiches das empresas de navegação e estabelecimentos, no Distrito Federal.
 - Regula a duração e condições do trabalho dos empregados na indústria frigorífica.

- 1935 - Promulga 4 projetos de convenção, aprovados pela Organização Internacional do Trabalho da Liga das Nações, por ocasião da Conferência de Washington, em 29.10.1919, a saber: Convenção relativa ao emprego das mulheres antes e depois do parto; Convenção relativa ao trabalho noturno das mulheres; Convenção que fixa a idade mínima de admissão das crianças nos trabalhos industriais; Convenção relativa ao trabalho noturno das crianças na indústria.

LEGISLAÇÃO SOCIAL - PREVIDÊNCIA SOCIAL

- 1930 - Estende ao pessoal dos serviços de força, luz, bondes e telefones, a cargos dos Estados, Municípios e particulares e aos serviços de telegrafia, radiografia, mantidos por particulares, o regime do Dec. 5.109, de 20.12.1936, que cria em cada uma das empresas uma Caixa de Aposentadoria e Pensões, para os respectivos empregados.
- 1931 - Cria a Caixa de Subvenções, destinada a auxiliar estabelecimentos de caridade, de ensino técnico e os serviços de nacionalização do ensino.
- 1932 - Aprova o Regulamento para aquisição ou construção de casas pelas Caixas de Aposentadoria e Pensões.
- Aprova o regulamento para a organização nas Caixas de Aposentadoria e Pensões de uma carteira de empréstimos aos respectivos associados.
 - Aprova o regulamento para a execução dos socorros médicos e hospitalares das Caixas de Aposentadoria e Pensões.
- 1933 - Cria o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos.
- 1934 - Cria o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes.
- Cria a Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Trabalhadores em Trapiches e Armazéns de Café.
 - Cria a Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Operários Estivadores.
 - Cria o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários.
 - Estabelece sob novos moldes as obrigações resultantes dos acidentes de trabalho, e dá outras providências.

- 1935 - Regula a distribuição de subvenção a Instituição de Assistência, Educação e Cultura.

JUSTIÇA E TRABALHO

- 1932 - Institui Juntas de Conciliação e Julgamento e regulamenta suas funções. Alterado pelo Dec. 24.742 de 14.07.1934.
- Reorganiza o Departamento Estadual do Trabalho e amplia suas funções.
- 1935 - Assegura aos empregados da Indústria ou do Comércio uma indenização quando não existe prazo estipulado para a terminação do respectivo contrato de trabalho ou quando for despedido sem justa causa, e dá outras providências (Lei de Indenização).
- 1937 - Dispõe sobre a execução dos julgados nos processos de conflitos oriundos das relações entre empregadores e empregados, e dá outras providências.

MINISTÉRIO DO TRABALHO

- 1930 - Cria uma Secretaria de Estado com a denominação de Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.
- Dispõe sobre a primeira organização do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, e dá outras providências.
- 1931 - Organiza o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.
- 1932 - Cria Inspetorias Regionais do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio nos Estados e no Território do Acre.
- 1933 - Atribui ao Departamento Estadual do Trabalho, de São Paulo, em virtude do Convênio, o desempenho de encargos no território daquele Estado, relativo à Instituição da Carteira Profissional Federal.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE

- 1930 - Cria a Secretaria de Estado com a denominação de Ministério de Negócios da Educação e Saúde Pública.

Fontes: SIMÃO, Azis, Sindicato e Estado, Dominus, S.P., 1966.

Cf. PICALUGA, Izabel, Campanhas Sanitárias e sua institucionalização - um estudo histórico de saúde pública no Brasil. Conjuntura Sanitária 1930-1937, PESES, mimeo., 1977.

- (24) BELLUZZO, L.G.M., Um estudo sobre a crítica da economia política, tese de doutoramento, UNICAMP, 1975; BARBOSA DE OLIVEIRA, C.A., Considerações sobre a formação do capitalismo, dissertação de mestrado apresentada à UNICAMP, 1977 (capítulo II); TAVARES, Maria da Conceição, op.cit. capítulo III e CARDOSO DE MELLO, J.M., op.cit., pp. 124 e seguintes.
- (25) "...acentuado federalismo instituído pela Constituição de 91, determinará, no Brasil, uma específica estruturação do campo das relações de classe, de forma que na cena política, seus interesses apareçam como interesses das Províncias". Cf. AURELIANO DA SILVA, Liana Maria L., op.cit., p. 104.
- (26) Os assuntos de saúde antes de 1930 eram atribuição do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Ver também SINGER, P. op.cit.
- (27) BARROS BARRETO, T. , Serviços Federais de Saúde em 1938, Imprensa Nacional.
- (28) BARROS BARRETO, T. , op.cit.
- (29) Cf. SINGER, P., op.cit.. Ver também BUSS, P.M., SHIRAIWA, Tizuco; MARANHÃO, E., Ministério da Saúde e Saúde Coletiva: a história de 20 anos (1953-74). Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, mimeo., 1976.
- (30) Sua criação é resultado da XXX Recomendação da Terceira Reunião de Consulta dos Ministros das Relações Exteriores Das Repúblicas Americanas, no Rio de Janeiro, entre 15 e 28 de janeiro de 1942.
- (31) Em 1946 o Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina passa a incorporar a regulação das atividades da indústria farmacêutica e a chamar-se Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia. Em 1956, para a odontologia, surge um serviço de fiscalização específico.

- (32) Para uma discussão dos recursos à disposição do Governo Central, estabilidade financeira, etc., ver LESSA, C., Quinze anos de política econômica (Cadernos IFCH, UNICAMP, nº 4, 1975).
- (33) Na partilha do espólio do antigo Ministério da Educação e Saúde, coube ao setor de saúde a menor parte: a fração menor do orçamento, em relação ao Ministério da Educação e Cultura; assignação de apenas 1/3 do imposto sobre Educação e Saúde, etc.
- (34) É a seguinte a estrutura do Ministério:
1. Campanhas Nacionais
 - Tuberculose
 - Febre Amarela
 - Malária
 - Peste
 - Lepra
 2. Assistência Materno-Infantil
 3. Assistência Hospitalar
 4. Assistência a Psicopatas
 5. Saúde dos Portos
 6. Fiscalização do Exercício Profissional
 7. Fiscalização anti-venérea nas fronteiras
 8. Delegacias Federais de Saúde.
- (35) Ver BUSS, P.M.; SHIRAIWA, Tizuco; MARANHÃO, E., Op.cit. Neste trabalho afirma-se: "O período que vai da criação do DNERu até 1967 não observou nenhuma mudança significativa na estrutura dos organismos nem no combate efetivo às doenças". É considerado por eles como uma "Repetição constante de rotinas"... "o que fugia a isto era mais imposto pela urgência da conjuntura sanitária e/ou política do que fruto de planejamento (exemplo: campanhas da malária e da lepra)".

- (36) TORRES RIBEIRO, Ana Clara; PICALUGA, Izabel e cols., Campanhas Sanitárias e sua institucionalização, PESES, 1978.
- (37) Ver Encontro Brasileiro de Estudos Populacionais, IBGE, Rio de Janeiro, 1976.
- (38) Neste debate a saúde pública é vista como um "sistema sanitarista" ou mesmo como um "modelo sanitarista", expressões que prestaremos a partir de agora.
- (39) A literatura registra, dessa ideologia, um exemplo marcante, na figura do "Jeca Tatu", de Monteiro Lobato.
- (40) MEDEIROS, Amaury, op.cit.
- (41) Citado por LUZ, M.T., Políticas institucionais de saúde (1960-64), Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 1976, p.35.
- (42) MEDEIROS, Amaury, op.cit.
- (43) MAGALHÃES DA SILVEIRA, M., Programação de Saúde Pública, in Revista Desenvolvimento e Conjuntura, FGV, nº 7, julho de 1961.
- (44) FADUL, W., A municipalização das atividades de saúde, Ministério da Saúde, setembro de 1963.
- (45) Ministério da Saúde. Política de Saúde II - Endemias Rurais. Publicação do Ministério da Saúde, 1966. Ver também BUSS, P. e cols., op.cit., LUZ, M.D., op.cit.
- (46) MAGALHÃES DA SILVEIRA, M., op.cit. No número 8 dessa mesma revista, agosto de 1961, esse autor fornece a seguinte avaliação, que por considerar de grande utilidade analítica e valor histórico, reproduzo:

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

Em 1940 as doenças deste grupo contribuíam consideravelmente para o obituário das capitais em exame, com uma variação de 43,2% em Belém para um mínimo de 19,2% em São Paulo, com 24,5% em Fortaleza, 28,4% em Recife, 33,0% em Salvador, 24,7% em Belo Horizonte, 28,4% na Guanabara, e 26,5% em Porto Alegre. Assim mais de um quarto (27,3%) de todos os óbitos ocorridos nestas populações era devido a doenças deste grupo. No período, como se observa no quadro ocorreu uma grande redução, tanto assim que em 1959 este percentual baixou para 13,2, o que ainda é muito elevado, tendo-se em consideração que na sua grande maioria trata-se de doenças evitáveis. Em 1959 a cidade com maior peso destas doenças em seu obituário era Fortaleza, com 23,3% São Paulo, com 6,6% de mortes por doenças infecciosas e parasitárias demonstram mais uma vez a importância do desenvolvimento econômico para a saúde da população.

As três cidades do Nordeste que figuram no Quadro I - Fortaleza, Recife e Salvador - apresentam obituário por este grupo de causas muito mais elevado do que as do Centro e do Sul: Belo Horizonte, Guanabara, São Paulo e Porto Alegre e mesmo do que a do Norte: Belém. Trata-se, assim, de um campo largamente aberto para ação sanitária. Seria fora de todo o propósito repetir velha sandice de que é uma vergonha para o país que ainda ocorram tantos óbitos por doenças infecciosas e parasitárias; trata-se, porém, de um problema monstro que pode e deve ser encarado com resolução pelas autoridades de saúde pública, por isto que está dentro das possibilidades da técnica moderna reduzir sua incidência nas nossas populações.

DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO

Neste grupo estão incluídas as doenças digestivas da primeira infância, e não seria erro afirmar que é o que melhor reflete a situação econômico-social de uma coletividade. No período considerado, sua importância baixou de 19,7% em 1940 para 15,3% em 1959, e o coeficiente de mortalidade específico reduziu-se de 360,0% em 1940 para 166,2 em 1959. Não há dúvida de que este grupo é o que mais resiste, pois sua melhoria está subordinada realmente a uma modificação substancial nas condições sócio-econômicas e culturais da população, inclusive alterações no comportamento face à reprodução, isto é, uma redução da natalidade, como tem ocorrido em todos os países desenvolvidos. De todas as maneiras é um campo em que as atividades de saúde pública podem oferecer resultados, pois existem muitas causas que podem ser removidas, mesmo nas condições de muitas das nossas capitais.

- (47) Os Institutos foram criados na seguinte ordem cronológica: Bancários (1934), Industriários (1938), Trabalhadores em Transportes e Cargas (1938), e em 1953 a CAPFESP, com a fusão definitiva de Caixas ainda existentes. Cf. AROUCA, A.S.S.; OLIVEIRA, J.A. op.cit.
- (48) Cf. MALLOY, J., op.cit.
- (49) Considero um "comportamento clássico" aquele onde certos componentes do gasto evoluem concomitantemente à evolução do sistema de seguro social. Nas páginas que se seguem, esta interpretação se revelará clara na análise do caso brasileiro.
- (50) Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social - Tomo VI, vols. 3 e 4, Saúde e Saneamento/Previdência Social, EPEA, 1966, p.21. (grifos meus).
- (51) Se é verdade que, pelo menos desde 1945, o número de leitos da rede hospitalar privada é superior ao da rede pública, é importante destacar que é a partir dos 50 que a primeira conhecerá as maiores taxas de crescimento e, principalmente irá, passo a passo, abandonando seu caráter filantrópico, em favor do critério de lucratividade.
- (52) Consultar no Capítulo II o item relativo à indústria do "Setor Saúde".
- (53) Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social, op.cit., pp. 88/89.

- (54) Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social, op. cit., p. 86.
- (55) Estes problemas decorriam tanto da inadequada implantação técnica do regime de capitalização, quando de uma questão mais geral, a definição da política estatal de medicina previdenciária. Este último aspecto revela-se na larga polêmica que se estabelece entre tecnocratas, líderes trabalhistas, etc. Para isso ver, AROUCA, A.S.S.; OLIVEIRA, J.A., op.cit., e MALLOY, J., op.cit.
- (56) Plano Decenal....., op.cit., p.87.
- (57) Plano Decenal....., op.cit., p.89.
- (58) Creio que caberia explorar a hipótese de que na verdade, jamais os trabalhadores apresentaram no interior de suas lutas reivindicatórias uma ação integrada e que demonstrasse clareza de como enfrentar a questão da saúde. Ao contrário, creio que as classes dominantes e o Estado, quando representante de seus interesses, sempre tiveram clara a importância econômica e política da manipulação de políticas sociais no âmbito da previdência e da saúde. Penso ainda que se bem é verdade que o tipo de jogo político no interior dos IAPs, de que participavam líderes trabalhistas, funcionou em defesa dos interesses dos trabalhadores em alguns setores e momentos, não creio ser aquilo suficiente para afirmar uma ação política global, efetiva, nesta questão.
- Na verdade, a evolução do capitalismo no Brasil - com sua tendência a unificar o mercado de trabalho e ao mesmo tempo diferenciá-lo, com as inevitáveis diferenciações de salários, de produtividades, de consumo, etc. - fragmentou a classe trabalhadora. Ver BALTAR, P.E.A., Diferença de salários e produtividade na estrutura industrial brasileira (1970) Dissertação de Mestrado apresentada à UNICAMP, 1977.

Eu diria que as medidas de política social e, em particular as de previdência e saúde também a fragmentaram - inclusive com o jogo político que lhe foi permitido - e seguem-no fracionando até hoje.

Maria Hermínia Tavares de Almeida coloca com perfeição o problema de ordem-geral: "Em poucas palavras, não acredito que a capacidade dos trabalhadores de apresentarem-se como ator coletivo, na cena social ou política, seja um atributo dado desde sempre e para sempre, como se resultasse, de forma natural, de sua própria maneira de ser. Ao contrário, o capitalismo - sobretudo em sua fase monopolista - ao produzir a diversificação dos problemas, interesses e demandas relacionados à situação de trabalho, dificulta a formação de laços de solidariedade a partir da referência a uma condição operária vivenciada da mesma forma por todos e cada um. Assim, o movimento próprio do sistema capitalista cria permanentemente as condições para a fragmentação da ação sindical (e política) da classe trabalhadora". Cf. TAVARES DE ALMEIDA, Maria Hermínia, Desenvolvimento capitalista e ação sindical, UNICAMP, mimeo., 1977, p. 25.

(59) Plano Decenal....., op.cit., p.89.

(60) Plano Decenal....., op.cit., p.91.

(61) Plano Decenal....., op.cit., p.93.

- (62) Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social, Diagnóstico Preliminar, Desenvolvimento Social, Previdência Social, Ministério do Planejamento e Coordenação Econômica. Abril de 1966, p.93.
- (63) A comparação das estatísticas existentes sobre o setor é extremamente problemática, quer se trate de um mesmo período ou de períodos distintos, devido aos diferentes tipos de consolidação a que são submetidos os dados, às mudanças contínuas de classificações por parte dos órgãos oficiais, etc.

Desta forma, qualquer tentativa de comparação do quadro empírico que aqui apresentamos com o de outros trabalhos deve limitar-se à identificação de tendências e não à pretensão de encontrar valores absolutos e precisamente iguais.

Ana Maria Barat em Estudo de Gastos do Setor Público com a Função Saúde (Ministério da Saúde, Secretaria Geral, 1973) e Fernando Rezende e Dennis Mahar realizaram estudos sobre o período 1965/72. Apesar de termos encontrado algumas diferenças pequenas em relação a valores por eles apresentados, explicada também em parte por critério de agregação e de análise distintos, identificamos as mesmas tendências fundamentais para o "setor saúde". Divergimos, isto sim, nas interpretações.

Por exemplo, identificamos movimentos como: o INPS é o segmento dominante do gasto no período, especialmente de pois de 68; já o gasto público da administração direta é secundário e, dentro deste, a União sofre perdas reais absolutas enquanto Estados e Municípios, ainda que elevem seus gastos reais, perdem relativamente para o conjunto previdenciário (autárquico) - INPS e FUNRURAL.

- (64) Ver documentos da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência - SBPC - Seção Saúde. Rio de Janeiro, mimeo., 1977; JUNES, J., RONCHEZEL, V.S.C., Evolução da mortalidade geral, infantil e proporcional, in Revista Saúde Pública, São Paulo, 8 (supl.) 3-48, 1974.
- (65) Neste sentido vale a pena considerar com mais vagar, coisa que escapa aos limites deste trabalho, iniciativas como o Plano de Localização das Unidades Sanitárias - PLUS - do INPS e iniciativa como o Plano de Interiorização das Ações de Saúde - PIAS - de que participam vários órgãos do Governo.
- (66) BARAT, Ana Maria, Política Nacional de Saúde - transferências financeiras realizadas pelo Ministério da Saúde, mimeo., Rio de Janeiro, 1977.
- (67) BARAT, Ana Maria, op.cit., p.24. Os órgãos a que ela se refere são:
- CPMI - Coordenação de Proteção Materno-Infantil
 - CAMH - Coordenação de Assistência Médica-Hospitalar
 - DNT - Divisão Nacional de Tuberculose
 - DNDS - Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária
 - DNC - Divisão Nacional do Câncer
 - DINSAMT - Divisão Nacional de Saúde Mental
 - SG - Secretaria Geral
 - INAN - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
 - INS - Fundo Nacional de Saúde
- (68) Nas despesas com Assistência Médica do INPS predominam as de caráter corrente pois as de capital são insignificantes porque aquele instituto não tem investido na ampliação de sua rede de serviços de saúde.
- (69) O credenciamento e o convênio, como se sabe, são as formas de articulação do INPS com as empresas privadas prestadores de serviços de saúde. Neste trabalho, como ficou claro, trabalhei com a idéia de empresas médicas, quer conveniadas ou credenciadas, porque para meu objetivo não era relevante analisar as diferenças. Ver Carlos Gentile de Mello; Maria Cecília Donnangelo, e Sérgio Arouca, Jayme de Oliveira nas obras já citadas.

(70) NASCIMENTO E SILVA, L.G., A Medicina Previdenciária e a nova Instituição de Assistência Médica. Discurso do Ministro do MPAS na VI Conferência Nacional de Saúde.

(71) A partir de março de 1978, entra em vigência o SINPES - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, em cuja estrutura o INPS passará a responder apenas pela previdência propriamente dita, criando-se um instituto específico para a assistência médica e outro para a administração financeira, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS - e o Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social - IAPAS, respectivamente.

Tampouco é possível nos limites deste trabalho determinar a análise do SINPAS. Ver documento do Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS - intitulado "A reorganização e a racionalização da Previdência Social", editado pelo MPAS em 1977. Ver também análises específicas da Pesquisa do PESES, "Sistema Econômico e Saúde", PAULA, Sérgio Góes, BRAGA, J.C. e cols., mimeo., 1978.

(72) Documento do MPAS, Sumário da Previdência e Assistência Social e de suas prestações, 1977, p.13.

(73) As exceções são explicáveis pelas aplicações fomentadas pelos "superavits" de 1973 e 1974, esboçando-se então um movimento de capitalização. Nada assegura, contudo, que a Receita Patrimonial tenha se sustentado ou elevado após 1976, pois as expansões dos gastos com assistência médica podem ter provocado redução, pelo menos relativa, das aplicações financeiras.

(74) Sobre a estrutura produtiva oligopólica no Brasil, ver: TAVARES, Maria da Conceição, op.cit., caps.II e III, e POSSAS, M.L., Estrutura industrial brasileira: base produtiva e liderança dos mercados (1970), Dissertação de Mes

trado apresentada à UNICAMP, Campinas, 1977.

- (75) Cf. REZENDE DA SILVA, F.A. e MAHAR, D., Saúde e previdência social: uma análise econômica, IPEA, Coleção Relatórios de Pesquisa 21, IPEA/INPES, 1974.
- (76) Cf. REZENDE DA SILVA, F.A. e MAHAR, D., op.cit., p. 33.
Os grifos são meus.
- (77) Cf. REZENDE DA SILVA, F.A. e MAHAR, D., op.cit., p.34.
- (78) DONNANGELO, Maria Cecília F., Medicina e Sociedade, Livraria Pioneira Editora, São Paulo, 1975, p. 37.
- (79) Ver página 89 e seguintes, deste trabalho.
- (80) Ver Programa de Ação 1977 - INPS - Ministério da Previdência e Assistência Social, p. 11.
- (81) Esta lei especifica as funções pertinentes a cada ministério, estabelecendo as relações inter-institucionais, buscando articulação e harmonia na promoção da saúde da população. Ainda que não me seja possível neste trabalho uma análise detalhada desta lei, é importante atentar para o fato de que ela é expressão das contradições vividas pelo "Setor Saúde"; os impasses de sua regulamentação e concretização são expressões da crise presente da política estatal. Cf. QUADRA, A.A.F. e CORDEIRO, H., Sistema Nacional de Saúde: antecedentes, tendências e barreiras, in Revista de Administração Pública, FGV, Rio de Janeiro, julho/setembro de 1977.
- (82) Citado por QUADRA, A.A.F. e CORDEIRO, H., op.cit., p.20.
- (83) Para o processo de assalariamento, apoio-me na análise de DONNANGELO, Maria Cecília F., op.cit., p.54.

- (84) Cf. DONNANGELO, Maria Cecília F., op.cit., p.63.
- (85) Cf. DONNANGELO, Maria Cecília F., op.cit., p.70.
- (86) Cf. DONNANGELO, Maria Cecília F., op.cit., p.71.
- (87) Maria Cecília F. Donnangelo realizou estudo aprofundado, na obra citada, acerca dessas formas alternativas.
- (88) Cf. DONNANGELO, Maria Cecília F., op.cit., p.96.
- (89) Cf. DONNANGELO, Maria Cecília F., op.cit., p.50.
- (90) Cf. DONNANGELO, Maria Cecília F., op.cit., p.79.
- (91) Para a íntegra do Relatório, ver PAULA, S.G. e BRAGA, J.C., e cols., op.cit.
- (92) Portanto, parece interessante analisar as condições conflitivas de reconversão da rede de serviços pretendida por programas como PLUS, do INPS e PIAS, de vários órgãos do Governo, frente aos interesses privados já existentes e enlaçados com as linhas dominantes na própria política estatal.
- (93) GENTILE DE MELLO, C., Saúde e Assistência Médica no Brasil, CEBES-HUCITEC, São Paulo, 1977, ps.256/257. Neste mesmo artigo, intitulado "Os empresários do Setor Saúde", o autor mostra como as empresas convenientes são as maiores por pessoal ocupado e aquelas cuja média de salário é 3,5 salários mínimos, enquanto a média salarial do contribuinte de Previdência Social é de 1,8 salários mínimos.

(94) Estes fundos previdenciários encontram-se em processo de regulamentação no momento em que este trabalho está sendo escrito.

(95) Não é portanto meu propósito proceder a uma análise detalhada da estrutura produtiva farmacêutica e de equipamentos médicos. Isto ultrapassaria os limites deste trabalho. Trato apenas de recuperar os traços gerais daquelas indústrias e, face à organização da medicina, estabelecer os limites impostos às políticas estatais, principalmente a de medicamentos.

Sobre as características gerais da Indústria Farmacêutica, apoio-me numa pesquisa em andamento sobre este setor, coordenada por Jacob Franken, no âmbito do Grupo de Pesquisas da Financiadora de Estudos e Projetos - FINEP - e que faz parte de um conjunto de investigações chamado "Difusão de Inovações na Indústria Brasileira".

Sobre política de medicamentos, ver também: CORDEIRO, H. A política de medicamentos, trabalho apresentado à 29ª Reunião Anual da SBPC, mimeo., 1977; GENTILE DE MELLO, C., op.cit., pp.221 e seguintes.

(96) BITTENCOURT, J.M.T., "Domínio da indústria farmacêutica pelo capital estrangeiro", Revista Brasiliense, nº 35, São Paulo, 1961, p. 23. Citado pela Pesquisa realizada pela FINEP, já referida.

(97) Cf. Pesquisa FINEP, já mencionada.

(98) Ver a publicação Pesquisa da ABIFARMA, nº 2, janeiro de 1977, p.18.

(99) Cf. Pesquisa da FINEP, já referida.

(100) Estes dados foram analisados preliminarmente pela citada pesquisa da FINEP.

- (101) Cf. Pesquisa, da ABIFARMA, op.cit. e Pesquisa FINEP.
- (102) Pesquisa realizada pela FINEP, capítulo 5, p.9, texto preliminar.
- (103) Ver Relatório da Central de Medicamentos - CEME - 1976, p.15.
- (104) Sindicato das Indústrias de Equipamentos, Instrumentos e Utensílios, São Paulo.
- (105) A Pesquisa FINEP, em andamento, discute esta questão da regulação nas condições atuais de expansão das empresas internacionais.
- (106) Esboça-se no período recente a realização de convênios da Previdência Social com Estados, Municípios, etc. Não é certa, no entanto, a consolidação desta política alternativa.
- (107) AROUCA, A.S.S., Introdução à crítica do Setor Saúde, in Nêmesis, Centro de Estudos de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais, 1975, p.19.
- (108) AROUCA, A.S.S., op.cit., p.20.
- (109) CARDOSO DE MELLO, J.M., "O Estado brasileiro e os limites da estatização"; BELLUZZO, L.G.M., "A intervenção do Estado no período recente"; COUTINHO, L.G., "O setor produtivo estatal: autonomia e limites", todos in Ensaios de Opinião, Ed. INUBIA, 1977.
- (110) Ter-se-á observado que não me detive na análise dos planos de saúde. Creio que, quer o planejamento seja bem ou mal logrado, "mais além" dele ocorrem determinações estruturais que através das políticas do Estado, dão forma concreta ao "Setor Saúde" e lhe impõem uma certa dinâmi-

ca como analisamos. Para uma visão crítica destes problemas no caso de saúde, ver: PAULA, S.G., Alguns aspectos do pensamento econômico em Saúde, Dissertação de mestrado apresentada à USP, 1977.

Para um estudo dos planos e seus malogros ver o Sr. Carlos Gentile de Mello em obra já citada.

- (111) Ver Documentos da SBPC já citados; CUPERTINO, F., População e saúde pública no Brasil, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1976; Encontro Brasileiro de Estudos Populacionais, IBGE, 1976.
- (112) Ver PAULA, S.G., Saúde em áreas urbanas, a ser editado em número próximo da Revista de Administração Pública da FGV.
- (113) BELLUZZO, L.G.M. e CARDOSO DE MELLO, J.M., Reflexões sobre a crise atual, in Escrita-Ensaio, nº 2, 1977.

BIBLIOGRAFIA

- AROUCA, A.S.S., Introdução à crítica do setor saúde. Nêmesis, Belo Horizonte, MG.
- AROUCA, A.S.S. e outros. O trabalho em saúde. Rio de Janeiro, FINEP, 1978. Mimeo.
- AURELIANO DA SILVA, Liana Maria L., No limiar da industrialização; estado e acumulação de capital, 1919-1937. Campinas 1976. Tese (Doutoramento), UNICAMP.
- BALTAR, P.E.A., Diferença de salários e produtividade na estrutura industrial brasileira (1970). Campinas, 1971. Dissertação (Mestrado), UNICAMP.
- BARAT, Ana Maria, Estudos de gastos no setor público com a função saúde. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria Geral, 1973.
- _____. - Política Nacional de Saúde: transferências financeiras realizadas pelo Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 1977. Mimeo.
- BARROS BARRETO, T., Serviços federais de saúde em 1938. Imprensa Nacional, Rio de Janeiro.
- BARBOSA DE OLIVEIRA, C.A., Considerações sobre a formação do capitalismo. Campinas, 1977. Dissertação (Mestrado), UNICAMP.
- BELLUZZO, L.G., A intervenção do Estado no período recente. Ensaio de Opinião, Rio de Janeiro, 1977.
- _____. - Um estudo sobre a crítica da economia política. Campinas, 1975. Tese (Doutoramento), UNICAMP.

BELLUZZO, L.G.M. & CARDOSO DE MELLO, J.M., Reflexões sobre a crise atual. Escrita-Ensaio, 2, 1977, pt.1-2.

BITTENCOURT, J.M.T., Domínio da indústria farmacêutica pelo capital estrangeiro. Revista Brasiliense, São Paulo, 35, 1961.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. A reorganização e a racionalização da previdência social, 1977.

BRASIL. Ministério do Planejamento e Coordenação Econômica. Saúde e Saneamento/Previdência Social. In Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social, 1966, t.6, v.3-4.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Sumário da previdência e Assistência Social e de suas prestações, 1977.

BRASIL. Ministério da Previdência Social e Assistência Social. Instituto Nacional de Previdência Social. Programa de Ação 1977.

BUSS, P.M.; SHIRAIWA, Tizuco & MARANHÃO, E., Ministério da Saúde e saúde coletiva; a história de 20 anos, 1953-1974. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1976. Mimeo.

CANO, W., Raízes da concentração industrial em São Paulo. São Paulo, DIFEL, 1977.

CARDOSO DE MELLO, João Manuel, O capitalismo tardio. Campinas, 1975. Tese (Doutoramento), UNICAMP.

_____. - O Estado brasileiro e os limites da estatização. Ensaio de Opinião, Rio de Janeiro, 1977.

- CARDOSO, F.H., O sistema oligárquico nos primeiros anos da República. In: FAUSTO, Bóris (org.), O Brasil Republicano. São Paulo, DIFEL, 1975.
- CARONE, E., O tenentismo. São Paulo, DIFEL, 1975.
- _____.- A República Nova, 1930-1937. São Paulo, DIFEL, 1975.
- _____.- A Segunda República. São Paulo, DIFEL, 1975.
- CORDEIRO, H., A política de medicamentos. Trabalho apresentado a 29a. Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, 1977. Mimeo.
- COUTINHO, L.G., O setor produtivo estatal; autonomia e limites. Ensaio de Opinião, Rio de Janeiro, 1977.
- CUPERTINO, F., População e saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1976.
- DEAN, W., A industrialização de São Paulo. São Paulo, EDUSP, 1971.
- DONNANGELO, Maria Cecília F., Medicina e sociedade. São Paulo, Pioneira, 1975.
- DRAIBE, Sonia Miriam, Notas para o Seminário sobre problemas e estudos de pós-graduação em Ciência Política. Campinas, UNICAMP, 1977. Mimeo.
- ENCONTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS POPULACIONAIS, IBGE, Rio de Janeiro, 1976.
- FADUL, W., A municipalização das atividades de saúde. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, 1963.

- FAUSTO, B., A revolução de 1930. São Paulo, Brasiliense, 1970.
- FRANKEN, J., Difusão de inovações na indústria brasileira - setor financeiro. Rio de Janeiro, FINEP, a ser publicado.
- GENTILE DE MELLO, C., Saúde e Assistência Médica no Brasil. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1977.
- JUNES, J. & RONCHEZEL, V.S.C., Evolução da mortalidade geral, infantil e proporcional. Saúde Pública, 8, 1974. (Supl.).
- LESSA, C., Quinze anos de política econômica. Campinas, 1975. (Cadernos IFCH, 4).
- LUZ, M.T., Políticas institucionais de saúde, 1960-64. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1976.
- MAGALHÃES DA SILVEIRA, M., Programação de saúde pública. Desenvolvimento e Conjuntura, Rio de Janeiro, 7, 1961.
- MALLOY, J., Previdência social no Brasil; participação e paternalismo. Revista Dados.
- MEDEIROS, A., Saúde e assistência, 1926.
- NASCIMENTO E SILVA, R.G., A medicina previdenciária e a nova instituição de assistência médica. Discurso - VI Conferência Nacional de Saúde.
- NOGUEIRA, Oracy, Desenvolvimento de São Paulo; imigração estrangeira e nacional, São Paulo, CBPU, 1964.
- PAULA, S.G., Alguns aspectos do pensamento econômico em saúde. São Paulo, 1977. Dissertação (Mestrado), Universidade de São Paulo.

- PAULA, S.G., Saúde em áreas urbanas. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, a ser publicado.
- PAULA, S.G. e outros, Sistema econômico e saúde. Rio de Janeiro, PESES, 1978. Mimeo.
- POSSAS, M.R., Estrutura industrial brasileira; base produtiva e liderança dos mercados (1970), Campinas, 1977. Dissertação (Mestrado); UNICAMP.
- REZENDE DA SILVA, F.A. & MAHAR, D., Saúde e Previdência Social; uma análise econômica. Rio de Janeiro, IPEA/INPES, 1974. (Relatórios de pesquisa, 21).
- ROSÁRIO, N., Imigração e colonização do Brasil. Rio de Janeiro, Universidade do Brasil, 1950.
- _____. - Oswaldo Cruz e a questão da saúde. Saúde e Debate, 4, 1977.
- SAES, D., O civilismo das camadas médias e urbanas na Primeira República, 1889-1930. Campinas, UNICAMP, 1975 (Cadernos do IFCH, 1).
- _____. - Industrialização, populismo e classe média no Brasil. Campinas, UNICAMP, 1976. (Cadernos do IFCH, 6).
- SILVA, H.O., O ciclo de Vargas. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1964. v.3-13.
- SILVA, S., Expansão cafeeira e origens da indústria no Brasil. São Paulo, Alfa-Ômega, 1976.
- SIMÃO, A., Sindicato e estado. São Paulo, Dominus, 1966.

- SINGER, P.; CAMPOS, O. & MACHADO DE OLIVEIRA, Elizabeth. Pesquisa sobre economia da saúde no Brasil. São Paulo, CEBRAP, 1977.
- SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O PROGRESSO DA CIÊNCIA. Seção Saúde. Rio de Janeiro, 1977. Mimeo.
- SODRÉ, N.W., História militar do Brasil. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1965.
- STEPAN, Nancy, Gênese e evolução da ciência no Brasil. Rio de Janeiro, Artenova, 1976.
- TAVARES DE ALMEIDA, Maria Hermínia, Desenvolvimento capitalista e ação sindical. Campinas, UNICAMP, 1977. Mimeo.
- TAVARES, Maria da Conceição, Acumulação de capital e industrialização no Brasil. Rio de Janeiro, 1975. Tese (Livres-Docência), Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- TORRES RIBEIRO, Ana Clara e outros. Campanhas sanitárias e sua institucionalização. Rio de Janeiro, PESES, 1978.
- WEFFORT, F.C., Classes populares e política. São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 1968.
- _____. - Estado e massas no Brasil. Revista Civilização Brasileira, 7.