

Relatório Parcial das Atividades do Projeto PESES 06:
TRABALHO EM SAÚDE

1. Introdução

RELATÓRIO DE ATIVIDADES - PROJETO PESES - 06

I - Introdução

Ao iniciar um novo período de atividades do projeto, reuniu-se o grupo de pesquisadores durante uma semana, em que foram avaliados e discutidos os rumos da investigação.

Foram constatados os seguintes pontos fundamentais:

- 1) A partir da discussão geral do "cuidado" como processo de trabalho e o desdobramento dos seus elementos básicos, a colocação deste quadro conceitual em uma formação social concreta exigia a descrição pormenorizada do contexto da assistência médica ou seja, tornou-se necessário a descrição do complexo previdenciário em termos de sua forma de estruturação e de seus efeitos.
- 2) Ao se privilegiar, dentro do quadro de assistência médica, a previdência social, por ser hegemônica, colocou-se um novo objeto à reflexão, dentro do qual esta se situa, ou seja o problema do seguro social.
- 3) Embora o âmbito do projeto se restringisse ao período 66-76, tornou-se imperativa a sistematização histórica da evolução da previdência no Brasil e, em particular, da assistência médica, desde 1919.
- 4) Como no decorrer do próprio processo de investigação surgissem mudanças fundamentais na assistência, como

É o caso do Seguro Privado e do INAMPES, tornou-se obrigatória a abertura de um novo braço da pesquisa, que pudesse acompanhar tais mudanças.

Durante este período, tratou-se portanto de:

- 1) Descrever o complexo previdenciário.
- 2) Analisar a evolução do conceito de seguro social e em suas relações com o cuidado médico.
- 3) Levantamento da legislação existente na previdência social sobre a atenção médica.
- 4) Análise da evolução histórica da previdência social no Brasil desde 1919 até o presente.
- 5) Análise dos novos projetos na área de assistência médica.
- 6) Finalmente, uma revisão da discussão conceitual sobre o "objeto do trabalho médico".

Os itens 1, 2, 4 e 6 já resultaram em documentos provisórios colocados em anexo a este relatório.

Diante desta reorientação metodológica, a equipe entendeu que seria mais proveitoso o adiamento do trabalho de campo para o 3º trimestre de 1977, dado que a descrição aprofundada do complexo previdenciário, a evolução histórica e os aspectos legislativos constituíam o pano de fundo para o estudo de caso.

Além disso, foi necessária uma série de contatos institucionais para a realização do trabalho de campo com a UNICAMP, a Se

cretaria de saúde do Município de Campinas, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e o INPS.

Destes contatos resultou não somente a liberação da informação para o estudo, mas também a definição da região de Campinas como área piloto para projetos de integração de serviços de saúde na forma em que define a lei do Sistema Nacional de Saúde, de que este estudo representaria o ponto de partida.

Acha-se atualmente em execução:

- 1) A coleta de material registrado sobre a região de Campinas.
- 2) A descrição pormenorizada do setor saúde nesta região.
- 3) A elaboração da estrutura das entrevistas.

Em síntese, poderíamos dizer que estamos em fase final do estudo da organização social dos cuidados médicos em termos do complexo previdenciário e verificando as determinações desta organização sobre o processo de trabalho em saúde; uma vez concluída essa fase, será possível o início do estudo de caso.

Simultaneamente, iniciamos o estudo da organização política dos cuidados médicos, através da análise dos projetos oficiais elaborados no período de estudo e análise das associações profissionais existentes. Nesta segunda fase o projeto passou a contar com a colaboração de Sonia Fleury, da FINEP.

2. Produção

2.1. O PROCESSO DE TRABALHO EM MEDICINA

I. O cuidado médico como processo de trabalho

O cuidado médico é um processo de trabalho em que o profissional, com sua própria ação, impulsiona, regula, controla e transforma valores vitais do organismo humano. Em um determinado meio de trabalho põe em movimento o conhecimento científico corporificado na técnica (habilidades e instrumentos), decodificando necessidades orgânicas e sociais em necessidades instrumentais, na medida em que imprime à vida humana um determinado valor de uso. Sua atividade objetiva o desenvolvimento de potencialidades vitais, submetendo ao seu domínio o jogo das funções orgânicas.

O profissional médico constrói mentalmente um projeto de "organismo normal" antes de tentar moldá-lo em realidade. No final do processo de trabalho deverá aparecer um resultado que já existia em sua consciência, em tese, os valores vitais a serem atingidos. O produto é um valor de uso atribuído à vida, em que o organismo como material da natureza é adaptado a necessidades humanas.

Nesse processo de transformação, ao privilegiar determinados valores vitais recortados do amplo espectro de alternativas oferecido pelas ciências biológicas, a técnica médica impõe-se como prática social, utilizando-se de propriedades mecânicas, químicas e psíquicas para a modificação dos corpos: bem como para o seu julgamento, subjugando as leis naturais, que estabelecem a normatividade da vida em determinadas condições de equilíbrio ecológico, impondo-lhes uma outra forma de normatividade, a social, que se propõe a vencer as "infielidades da vi-

da" apesar das condições que as geraram.

O objeto se configura enquanto projeto no momento em que se realiza o cuidado. É um ato de criatividade que implica uma elaboração de leis gerais sobre um caso particular. E é justamente através desta possibilidade de criação que o social se imiscui, permitindo que, na técnica médica, a ciência caminhe lado a lado com os valores e com a ideologia.

O processo extingue-se ao considerar-se concluído o produto. No final do processo, o cuidado está incorporado ao organismo e concretizado na nova forma que este, em tese, acaba de assumir.

O cuidado médico que acabamos de descrever em seus termos mais gerais caracteriza-se como atividade geradora de valores de uso, reafirmando a vida contra o sofrer e a morte, presente portanto em todas as relações sociais entre os homens, ainda que variem os padrões de normatividade e as categorias e técnicas empregadas em sua prática.

II. O trabalho médico como prática social

A análise das transformações históricas da Medicina na busca das distintas definições de objeto que delas emergem, indica-nos que a especificidade do trabalho médico em uma dada formação social não se explicita nas modificações de ordem técnicas e organizacionais que se processam ao longo do tempo no interior do saber e da prática médica, ou seja, a especificidade da Medicina em um dado momento histórico não deve se esgotar na singularidade de suas práticas, e sim em sua articulação com o modo

de produção social. Desta forma o específico da prática médica não é dado apenas pelo estágio de desenvolvimento da Medicina, e sim pelo específico do modo de produção em qual se articula.

Esta conceituação geral exige, em primeiro lugar, uma definição mais precisa do que entendemos por Medicina e, em segundo, das condições em que esta emerge como prática social.

Adotamos aqui a definição de Canguilhem, que considera a Medicina como "uma técnica ou arte situada na encruzilhada de muitas ciências" (1). Nesse sentido, interessa-nos estudar a Medicina mais como uma técnica do que como um saber, pois um estudo do saber médico fugiria ao escopo de nosso trabalho, por implicar uma análise epistemológica das diversas ciências que o compõem e das condições históricas e científicas que irão determinar, em um dado momento, sua incorporação e instrumentalização pela Medicina. Um estudo do saber médico transcende portanto o âmbito da própria Medicina, estendendo-se ao amplo e complexo domínio das distintas ciências que têm como objeto o organismo, o que constituiria por certo tarefa por demais ambiciosa.

Preferimos tratar a Medicina no que tem de particular, ou seja, o fato de ser uma técnica. Nesse sentido, definimos técnica como uma forma instrumentalizada de conhecimento, que implica uma combinação adequada entre habilidades e meios para a transformação de um dado objeto.

Chegando neste ponto à questão central de qual seria o objeto da Medicina, podemos dizer que ao invés de tentar buscá-lo no interior das ciências geradoras do saber médico, pretendemos explicitar de que forma emerge, ao nível da técnica médi-

(1) Canguilhem, G. - "Lo Normal y Lo Patológico", Ed. Siglo XXI

ca enquanto prática social de transformação biológica e/ou psíquica, um dado objeto, no amplo espectro de alternativas social e cientificamente possíveis.

Definindo portanto a técnica médica como prática que se origina no social e sobre ele se constitui, situamos os limites da Medicina em relações socialmente determinadas.

Na verdade, as articulações da Medicina com o conjunto da sociedade são bem mais amplas, situando-se em distintos níveis: percepção e classificação social das doenças, produção e reprodução social das doenças, produção do saber e constituição da técnica, e por fim, a organização social do cuidado.

No entanto, para os fins deste trabalho que se resumem a uma análise da organização técnica e social do trabalho médico em um período histórico determinado, deter-nos-emos basicamente em dois aspectos: de um lado, em linhas gerais, a produção social das doenças vinculada às condições específicas de trabalho do modo de produção em questão, e de outro lado, mais detidamente, como a medicina se organiza socialmente para atender estas e outras necessidades geradas por uma forma particular de produzir e de viver.

III. As transformações sociais do trabalho médico

Foucault define o cuidado médico em geral como a relação entre o que alivia o sofrer e o que sofre, relação esta definida sobre uma expropriação social, historicamente determinada, em que o saber sobre o corpo, a saúde e a doença deixa de ser um patrimônio comum a todo o grupo social e passa a ser mo-

nopolizado por sujeitos socialmente legitimados que, detendo o conhecimento e a técnica, têm o controle do processo de trabalho.

Esta produção independente do cuidado se realiza em uma troca comercial, em que o médico vende o seu trabalho no mercado e em troca recebe honorários pagos a posteriori. O termo honorários tem uma importante função ideológica no contexto da chamada medicina liberal, revestindo de um véu mítico a relação mercantil na qual se vende o trabalho médico, dando ao salário recebido um caráter despojado de mera retribuição agradecida. O cuidado médico segue neste esquema um padrão artesanal em que o profissional possui o controle de sua produção. Na obra "Os Honorários Médicos", o jurista Alcântara Machado relata processos em que médicos reivindicam honorários não percebidos:

"...Repugna a certos espíritos a equiparação das "opere liberales" aos serviços manuaes, e há quem se não conforme com a idea de constituirem officios mercenários as profissões de cunho intellectual. Esquecem-se de que hoje o salario é, na phrãse de Ihering, o nível determinante de todo o commercio juridico: aluidos os velhos preconceitos, ninguem se julga diminuido em sua própria estima ou na estima alheia pela circumstancia de exercer uma profissão assalariada.

(...) O que actualmente nos parece tão simples e tão lógico levou longos annos a impor-se ao consenso universal. Deve-se o facto à influencia persistente dos principios que, neste particular, dominavam o direito romano. Em Roma sômente os serviços manuaes podiam ser apreçados e pagos, e, portanto sômente elles podiam constituir objecto de locação. Não se consideravam passíveis de estimação e pagamento os trabalhos immateriaes".

Com o advento da etapa de concentração do capital ocorre uma nova forma de expropriação em que o "produtor independente" do cuidado passa a coexistir com uma Medicina que é gradualmente incorporada como um setor capitalista com intervenção direta do Estado, o que irá implicar numa progressiva perda do controle da produção fazendo com que passe a ser por ela comandado.

Constatamos assim que ao longo da evolução histórica da Medicina esta sofreu profundas transformações no que diz respeito ao conhecimento médico, às técnicas empregadas, à divisão técnica e social do trabalho e, finalmente, à sua articulação com o conjunto da sociedade.

Analisando a Medicina contemporânea vemos que no mundo capitalista ela se transforma em uma atividade do capital, com importantes modificações no interior da própria organização técnica e social do trabalho médico, reorganizando-se como decorrência do desenvolvimento das forças produtivas e da introdução de capital no setor.

Ao modelo individual, artesanal e autônomo de trabalho médico, realizado em padrões liberais, vemos surgir o trabalhador coletivo, em que o médico surge como o mentor intelectual de trabalhos cada vez mais parcializados, definidos pelo médico ou pela equipe médica sob a forma de normas ou condutas e racionalizados do ponto de vista da eficiência e da produtividade por um corpo administrativo, composto por médicos, enfermeiros ou simples administradores. O trabalho passa a depender portanto cada vez mais de uma organização coletiva da produção, caracterizando-se por uma interdependência crescente em torno de uma di-

versificação técnica. Esta diversificação implica em uma perda da propriedade e/ou controle pelo produtor direto dos meios de produção, de um lado pelo aumento progressivo dos custos da produção e de outro pela dificuldade crescente de se manter em um mercado que tende a ser controlado por grande concentração de capital no setor.

O aumento dos custos da produção leva a formas grupais de produção de serviços pela dependência de um equipamento técnico que é centralizado, imposição que se manifesta portanto por motivos outros que a simples interdependência técnica das especializações.

Diante desta reorganização de Medicina, na medida em que se define como atividade capitalista e no interior do capitalismo, o médico emerge como empresário ou como assalariado. Em qualquer das duas modalidades do posicionamento no mercado de produção de serviços, fica claro que a compreensão desta reorganização do trabalho médico deve ser buscada à luz da introdução de capital no setor.

Nesse sentido temos então o assalariamento progressivo, com a ampliação do controle estatal, em que o médico passa a vender sua força de trabalho em um mercado, predominando as formas combinadas de compra de serviços pelo Estado em associação com as empresas privadas de serviços médicos.

O controle crescente do Estado sobre a atividade médica, na medida em que é o grande comprador da iniciativa privada, impõe limitações à liberdade de atuação profissional, tabelando e controlando o preço do trabalho médico, garantindo sua reali-

zação a baixo custo e possibilitando desta forma o consumo por parte de uma parcela da população sem poder de compra direto.

O assalariamento e o controle do próprio processo de trabalho médico por terceiros caracterizam uma perda de autonomia e surgem como uma realidade relativamente recente, e é por referência à Medicina liberal que se tornam mais claras as atuais formas de integração do profissional médico no mercado e as atuais resistências por algumas facções da chamada "classe médica", que tende a perder sua homogeneidade enquanto classe profissional na medida em que os profissionais se posicionam de formas distintas e mesmo antagônicas no mercado.

A análise destas resistências e de suas manifestações ideológicas torna-se no entanto complexa pelo fato do trabalho médico se apresentar no mercado em uma infinidade de combinações que podem coexistir em um mesmo profissional, reunindo formas tão distintas como profissional liberal e empresário. Na verdade, as formas combinadas são extremamente frequentes e atualmente dominam o mercado profissional, e como nos mostra Donnangelo, (2) refletem a busca pelo profissional médico de diferentes alternativas de participação em um mercado em transição, de uma forma liberal para uma forma capitalista de Medicina.

Diante desta transição, aquela definição mais geral de Foucault do cuidado médico como a relação entre o que sofre e o que alivia o sofrer mantém sua validade apenas enquanto garante o valor de uso do cuidado médico como mercadoria, conceito que

(2) Donnangelo, M.C.F - "Medicina e Sociedade", Ed. Pioneira, 1975

representa o ponto de partida de Arouca (3) em sua análise das relações entre capitalismo e medicina. Arouca vai mais além e afirma que na verdade ocorre uma inversão: o cuidado médico deixa de ser regido por uma lógica do conhecimento e passa a ser determinado por uma lógica da produção.

Neste contexto o problema do objeto deve ser retomado em sua especificidade, ou seja, deve ser examinado enquanto expressão técnica das exigências sociais que deram origem ao cuidado enquanto projeto transformador. Somente ao apreender esta relação mais geral do cuidado com o conjunto do sistema produtivo é que poderemos destacar sua particularidade ao nível da ciência e do saber médico.

(3) Arouca, A.S.S. - "O Dilema Preventivista" (Tese de Doutorado FCM/ UNICAMP) 1975.

2.2 O Objeto do Cuidado Médico

O OBJETO DO TRABALHO MÉDICO

- I -

Quanto a este aspecto da análise do "cuidado médico" — seu objeto — a questão que se coloca é a seguinte: Qual foi inicialmente, qual tem sido e qual é o problema que deu origem e se coloca frente à Medicina? De que ela se ocupa?

A resposta intuitiva imediata seria: "A doença". Mas: 1º) Essa colocação não resolve, apenas transforma a questão em o que foi, tem sido, e é essa categoria "doença"? 2º) É "doença" uma noção primeira, irreduzível, "substância" do objeto que estudamos?

Segundo Arouca (1), para Foucault, em "O Nascimento da Clínica", a medicina surge do sofrer. É quando, pelo processo geral da divisão social do trabalho, junto com sua alienação de outros saberes, os homens se alienam do saber do cuidado do próprio sofrimento, que se constitui a medicina (2), na forma da concentração deste saber nas mãos de um grupo legitimado socialmente.

Antes, portanto, da postulação da própria categoria abstrata "doença", a medicina já tem seu objeto que é outro: o sentimento do sofrer.

(1) AROUCA, A.S.S. - "O Dilema Preventivista - Contribuição para a Discussão e Crítica da Medicina Preventiva", tese de Doutorado, FCM/UNICAMP, 1975, cap. VII, pg. 203.

(2) ou seja, se constitui um instrumento conceitual e tecnológico voltado para responder e solucionar uma questão. Aí está a continuidade por trás das aparências: a continuidade da questão.

Canguilhem, em seu livro O Normal e o Patológico, acrescenta que foi a necessidade de enfrentar este sofrer (a terapêutica) que o ligou a categorias abstratas.

E a primeira categorização foi de natureza ontológica: o sentimento individual do sofrimento é referido então a um su posto ser, entidade, "ontos": A Doença.

"Doença", portanto, é apenas um momento segundo na história da medicina.

Com Hipócrates a categoria "doença" persiste, mas perde seu caráter ontológico. Não é mais uma entidade que invade o corpo ou o espírito, mas um desequilíbrio dos constituintes normais do próprio corpo são: os "quatro humores".

E desde então, ao longo do tempo, a noção de doença não tem feito mais do que oscilar entre estes dois pólos: "ontos" ou desequilíbrio dos processos vitais. Na sua história mais recente, os dois pólos extremos foram "aperfeiçoados" respectivamente: o primeiro na microbiologia, desde Pasteur, e na parasitologia, e o segundo na noção de identidade qualitativa entre o fisiológico e o patológico como em Broussais, Claude Bernard e Comte.

Canguilhem procura mostrar a falsidade desta questão ("ontos" x variação qualitativa) e o faz recuperando o problema que teria dado origem ao conceito de doença e à própria medicina, i.e.: o sofrer: "Ontos" que invade, ou o desequilíbrio de uma função normal, são apenas o resultado de um conhecimento analítico parcial e apenas dos mecanismos do fato patológico. Quan-

do na verdade, tanto a microbiologia como a fisiopatologia só sabem deste fato patológico a partir do doente, daquele que sofre, i.e, a partir da Clínica (1), que "põe o médico em relação com indivíduos completos e concretos" (Canguilhem).

A doença é então, para Canguilhem, "uma forma de andar a vida", variação ou modificação não de funções analíticas parciais, mas da totalidade do organismo e suas relações internas e externas. Forma de "andar a vida" como as demais, exceto pelo fato de que a própria vida as submete todas a um teste permanente: biológico e, para os homens, também social. E a doença é a recusa neste teste.

Nessa concepção a noção de doença é então relativizada. Trata-se de sua determinação biológica e histórica, fugindo do universal abstrato. Esta forma de encarar o objeto do cuidado médico é a que me parece abrir caminho para a discussão proposta da organização social da prática, na medida que permite ver a relatividade do seu objeto, a historicidade da sua determinação, contribuindo assim na nossa tentativa de pensar a articulação da medicina com as demais instâncias da vida social.

(1) As abstrações são posteriores. A doença fora do doente como a vê por exemplo a Epidemiologia, ou a doença antes do sintoma, dos "diagnósticos precoces", só existem a partir do sofrimento anterior de alguém, registrado pela medicina.

- II -

Na discussão sobre o objeto do trabalho médico tínhamos deslocado o foco de atenção da categoria "doença" (vista como momento posterior na colocação do problema) para a noção de "sofrer". Parece necessário, agora, pensar um pouco mais essa noção e, para tanto, proceder a um novo deslocamento, tentando dar conta de maneira mais ampla do que seria esse objeto.

Para isso vamos partir de Canguilhem (1). Ele identifica a oposição saúde-doença com um "juízo de valor vital" (ou social) sobre os "modos (biológicos) de andar a vida". O sofrer poderia ser visto então, a seguir esta perspectiva, como um sentimento associado a um "valor vital negativo", ou seja, resultante de um modo de andar a vida desvalorizado, julgado negativamente pela própria vida, isto é, pela possibilidade de sobrevivência (ou pelo meio social).

Teríamos algumas considerações a fazer sobre esse enfoque, mais especificamente sobre o que nos parecem as limitações que o "vitalismo" (2) daquele autor traria para a utilização de seu trabalho para nossos propósitos. Parece-nos que Canguilhem restringe seu projeto de discussão, mais propriamente ao interior das relações biologia-fisiologia-patologia, e seria preciso considerar esta delimitação da sua "démarche" ao tentar lançar mão dela para nosso projeto, que procura pensar outro tipo de questão, mais no plano da relação medicina-sociedade.

(1) Canguilhem, Georges, - "Lo normal y lo patológico", Buenos Aires, Siglo XXI, 1971.

(2) V. introdução de Dominique Lacourt ao texto referido, op. cit.

Parece-nos que, apesar de chamar a atenção explicitamente para a relação entre "normatividade vital" e "normatividade social" (1), Canquilha tem como meta discutir basicamente a primeira. Essa dicotomia é compreensível e parcialmente aceitável enquanto a discussão se faça, como no seu caso, em torno da noção de "valor vital" tomada como objeto da ação seletiva da natureza (se bem que mesmo assim suporia aceitar a idéia discutível de um meio ambiente "natural" para o homem). Mas não quando se pretende discutir, como é o nosso caso, o objeto de uma prática social como o é a medicina.

Confundir seleção natural com medicina, ou melhor, supor uma continuidade entre as duas é, a nosso ver um equívoco no qual cai o próprio Canquilha, quando afirma, por exemplo; que "seleção e medicina são técnicas biológicas exercitadas intencionalmente e mais ou menos racionalmente pelo homem (...) a técnica humana prolonga impulsos vitais a cujo serviço tenta pôr um conhecimento sistemático (...). E citando e concordando com Guyénot, chega a dizer: "o organismo é (...) o primeiro dos médicos".

Restringir a medicina a uma "técnica biológica exercitada (...) pelo homem" é deixar de vê-la em algo que ela tem de essencial: ser uma prática social que, como outras, se defronta com interesses conflitivos de grupos humanos em oposição. É restringi-la a uma "positividade" que a sua história nega claramente. E aceitar os "valores vitais" como objeto do tra

(1) V. op. cit., 2ª parte, cap. 3 - Por exemplo: "na espécie humana a frequência estatística não só traduz uma normatividade vital mas também uma normatividade social" (pág. 120).

balho médico é assumir esta concepção. Assim, achamos necessário levar em consideração dois pontos, no que tange à separação que necessariamente deve se fazer entre o que seria o objeto de uma pretensa "seleção natural" e o objeto do trabalho médico, dentro do nosso propósito de procurar especificar melhor este último. Afastamo-nos assim, ao que parece, da tentativa que esteve presente a princípio de lançar mão de forma direta da categoria "valor vital", como a vê Canguilhem, enquanto o objeto do trabalho médico:

1º) Em relação ao homem não se pode jogar com o elemento das "normas e valores vitais" isolado nas "normas e valores sociais", com esse papel quase judicial que Canguilhem parece emprestar a algo próximo da seleção natural darwiniana. Entre os homens a sobrevivência não se impõe como força autônoma de seleção, na medida que o valor atribuído à vida não é a histórico.

Portanto, um "valor vital" não é imediatamente um valor humano, a menos que a sobrevivência daquele homem concreto tenha um valor psicológico e social, isto é, para ele próprio e para seu meio social (e o mesmo é válido para a integridade física, a dor, a "saúde" e outras categorias habitualmente postuladas como objeto da medicina).

2º) A medicina não se ocupa apenas com "valores vitais" (no sentido de modos biológicos de andar a vida compatíveis com a sobrevivência individual), mas também de modos de andar a vida que são, em princípio, inertes em relação à sobrevivência biológica individual, mas que, por outro lado, se colocam com muita importância no campo de interesses de grupos no interior das

sociedades. (E são assim introjetados também como valores psicológicos).

A produção mais ou menos recente a esse respeito é bastante grande (Foucault, Polack, Berlinguer, Laura Conti, etc.) Ou seja, o trabalho médico:

- 1º) Não se ocupa imediatamente de um "valor vital" ameaçado, mas sim apenas na medida que ele tenha também um valor social, historicamente determinado.
- 2º) Ocupa-se de "modos de andar a vida" que não são uma ameaça aos valores vitais propriamente ditos, mas o são a valores sociais.

Portanto, o objeto do trabalho médico não pode ser reduzido, sem perda para a sua compreensão, a "valores vitais" no sentido pretendido por Canguilhem. Ele é ao mesmo tempo mais restrito e mais amplo do que essa categoria.

E, por isso mesmo, o "sofrer", que vínhamos colocando até aqui como esse objeto, a permanecer como tal não pode ser identificado como o sentimento resultante de um "juízo de valor vital", de uma restrição da "normatividade vital", mas sim como resultante de um modo de andar a vida socialmente desvalorizado.

Uma vez aprimorada a noção de "sofrer" para que pudesse ser vista como o objeto do cuidado médico, vamos discutir então essa suposta identidade.

Parece-nos bastante claro que essa restrição ao sentimento individual do sofrer também não permite abarcar na sua totalidade o objeto do trabalho médico.

Foucault, (1) por exemplo, mostra como, pelo menos desde o século XVIII, atos médicos vêm sendo realizados de forma independente deste sentimento, se visto como individual. Essa é uma tendência que parece crescente na atualidade (basta lembrar todas as medidas preventivas, diagnósticos precoces, exames médicos de seleção, perícias médicas, etc.).

Esse tema já foi tocado por nós no item anterior, onde se ressaltava, tratando no entanto apenas de alguns destes atos (medidas preventivas e diagnósticos precoces), que aí continuava presente a noção de "sofrer", só que antevista, prevista, desde uma experiência acumulada do sofrer passado, do sofrer de outros. Essa ressalva, no entanto, se bem que válida para estas medidas, não se pode aplicar ao outro grupo (por exemplo, exames de seleção e perícias médicas). É difícil demonstrar sua relação com o sofrer pela mesma lógica.

Esses atos médicos que não parecem ter por objeto nada ligado ao sentimento de sofrer são, em primeiro lugar, exemplos radicais (embora não os únicos) para a discussão anterior sobre a não restrição do objeto do trabalho médico à normatividade vital. Porém, mais do que isso, nos parece também que tornam insustentável mesmo a noção "ampliada" de sofrer como a vínhamos vendo acima (referida não a um juízo de valor vital mas social). Em síntese: parece que o ato médico independe mesmo do sentimento de sofrer.

Assim, parece-nos que a definição mais abrangente de

(1) V. Conferências feitas em 1974 no IMS/UERJ (1a. e 2a) e seu recente livro Surveiller et punir.

objeto do trabalho médico a que conseguimos chegar até o momento seria a de: modos de andar a vida socialmente desvalorizados, independentemente de ameaças à sobrevivência, dor ou mesmo sofrimento num sentido mais amplo e relativizado.

Mas, ver o objeto do trabalho médico dessa maneira tão ampla, nos parece colocar uma questão importante, a partir de um texto de Michel Foucault. Ou seja: parece possível, a partir de "Surveiller et Punir", ver o que vimos chamando de "modos de andar a vida socialmente desvalorizado", como o objeto não só da medicina mas também de todas as demais instituições e saberes através dos quais se exerce aquilo que Foucault chama de "micro-poderes disciplinares", isto é: a medicina, a escola, o exército, a polícia, a fábrica, a psiquiatria, todas as ciências humanas, etc.

A partir desta postulação é que se coloca o nosso problema: qual é então a especificidade do objeto da medicina em relação às demais "instituições e saberes disciplinares"? Ou seja, colocando a questão segundo os conceitos desenvolvidos acima: qual é a especificidade dos modos de andar a vida socialmente desvalorizados de que a medicina se ocupa?

Talvez o problema tenha que ser colocado de outra forma, anterior àquela: existe essa especificidade? Ou os campos de atuação destas instituições e saberes se interpenetram e se superpõem cada vez mais? (O que significaria dizer que a medicina não tem um objeto específico que seja distinto dos demais "micro-poderes disciplinares").

Parece-nos que, tendo chegado a esse ponto da discussão

sobre o objeto do trabalho médico, faz-se necessário, e, simultaneamente, já se torna possível, a partir das hipóteses formuladas, passar a uma segunda fase da investigação sobre esse tema, mudando agora de nível de análise. Isto é, deixando o plano anterior do "trabalho médico em geral" e aproximando-nos da forma como ele se apresenta na formação social concreta de que pretendemos nos ocupar.

Essa segunda fase da investigação se faria da seguinte forma, por duas vias diferentes:

1.^a) A partir do "objeto categorizado".

a) analisar documentos provenientes de diferentes instituições que cubram em conjunto o espectro de alternativas possíveis de atenção médica no Brasil no período que nos interessa (INPS, Secretarias de Saúde, empresas de seguro-saúde e currículos de escolas médicas). Documentos estes que definam as nosologias cuja atenção ou ensino é privilegiado.

b) tentar, a partir de textos médicos de uso corrente em nosso meio, decodificar aqueles quadros nosológicos selecionados pelo procedimento anterior em termos dos objetos que cada um deles traz ao trabalho médico, segundo nossas hipóteses anteriores.

Isto é: procurar ler por detrás das descrições técnicas dos quadros clínicos, prognósticos, etc. que "modos de andar a vida" implicam essas patologias. E, sendo elas as que despertam maior preocupação, procurar apreender por esta via o que se constitui privilegiadamente, enquanto -

"modo de andar a vida", como objeto do trabalho médico nessa formação.

c) A partir desse material desenvolver melhor e testar as hipóteses formuladas anteriormente, ou seja, responder as seguintes perguntas:

Consegue-se caracterizar o objeto como "modo de andar" a vida" mais do que como alteração de uma constante anatomofisiológica qualquer?

São privilegiados, entre esses, os modos que se consegue caracterizar como "socialmente desvalorizados" mais do que como meros "valores vitais negativos"?

Um "modo de andar a vida" se constitui como objeto de trabalho médico mesmo independentemente de estar acompanhado de um sentimento de "sofrer"?

Há uma especificidade desse objeto em relação ao dos que se oferecem a outras práticas disciplinares? Qual?

2ª.) Uma segunda fonte complementar de material para semelhante análise poderia ser obtida pelo caminho inverso, ou seja, tomando o outro polo do objeto: o objeto "bruto", antes de sua categorização pelo saber médico.

Isto é: partir do paciente, de sua queixa, ou melhor e mais amplamente, do motivo que o levou a colocar-se como tal, obviamente também tentando agrupar as formas particulares de exposição destes "motivos" dentro do mesmo conceito que vimos empregando de "modos de andar a vida".

Seria interessante uma comparação posterior dessas duas fontes, tentando apreender como o sujeito do trabalho médico pro

vavelmente reduz o espectro de objetos que se oferece a ele em seu trabalho, o que seria um ponto de articulação interessante com o estudo sobre o "sujeito".

2.3 Técnica, Objeto e Processo de Trabalho em Medicina

O CONCEITO DE TÉCNICA

Em seu uso corrente, a palavra técnica tem denotações, extremamente variáveis e imprecisas. Uma breve análise de seu em prego revela que ela costuma assumir, entre outras, as seguintes significações:

- a) conhecimento de como fazer (know-how);
- b) habilidade em fazer;
- c) método racionalmente estabelecido;
- d) utilização de instrumentos e máquinas;
- e) finalismo prático.

Creemos que essas significações descrevem apenas aspectos parciais da técnica e não podem ser tomadas isoladamente. En quanto momento do processo de trabalho, a técnica envolve conjuntamente todos esses aspectos. Assim, tanto se reveste de uma forma subjetiva (conhecimento, método, finalismo) como de uma forma objetiva (habilidade manual, instrumentos), abarcando, por tanto, essas cinco significações.

O trabalhador utiliza as propriedades mecânicas, físicas, químicas das coisas para fazê-las atuarem como forças sobre outras coisas, de acordo com o fim que tem em mira. Este é o ardil do trabalho, que implica os dois aspectos dialeticamente, indissolúveis da técnica:

- conhecimento das propriedades dos meios e objetos de trabalho;
- procedimento que faz as coisas agirem como forças so

bre outras, em conformidade com certo fim.

A técnica está inscrita no processo de trabalho como seu elemento de racionalidade pragmática. Por um lado, conjuga a "atividade orientadora a um fim" (o trabalho) com os instrumentos para propiciar uma ação eficaz sobre o objeto que quer modificar. Esta articulação do trabalho vivo com os meios de trabalho pode ser descrita como o "uso metódico de instrumento". Mas, por outro lado, esta ação depende de um conhecimento de tipo muito especial, que se refere às "propriedades das coisas": conhecimento sobre a natureza do objeto, dos meios de trabalho e do próprio método.

O "uso metódico do instrumento", que constitui a face objetiva da técnica, não se confunde com o conceito de trabalho, pois este é apenas "atividade orientada a um fim"; a técnica é a metodização dessa atividade, embora seja inseparável dela: qualquer trabalho útil envolve um mínimo de competência técnica.

Assim considerada, a técnica não pode ser definida simplesmente como um "saber-fazer" ou como "habilidade no uso do instrumento", ou, ainda, como método submetido a um finalismo prático. Faz-se necessário considerá-la em seus dois componentes:

- conhecimento das propriedades das coisas que entram no processo de trabalho;
- uso metódico do instrumento, procedimento hábil e racional que permite alcançar determinada meta (metodização do trabalho vivo em sua interação com os meios de trabalho).

Quando o trabalho se socializa e deixa de ser um processo puramente pessoal do produtor independente, esses dois componentes sofrem uma separação relativa e competem a diferentes partes do "trabalhador coletivo".

Uma outra faceta da técnica merece breve consideração. Todo instrumento é encarnação de "tecnologia" - conhecimento prévio. Neste sentido, a tecnologia incorporada ao instrumento, é pré-condição do ato técnico. À medida que se desenvolvem as forças produtivas, há uma subordinação crescente do ato técnico à tecnologia que lhe informa e ao setor da economia que a produz. Ou seja, o "uso metódico do instrumento" deixa de ser uma função do conhecimento que o agente da ação técnica possui e passa a ser regido pelas finalidades econômicas do setor tecnológico, instaurando uma racionalidade que lhe é própria. Quem faz o instrumento dita seu uso. O emprego do instrumento torna-se relativamente independente da "ciência" do trabalhador e do próprio técnico (isto é particularmente relevante na análise da disseminação de medicamentos e meios de diagnóstico).

Técnica e Objeto de Trabalho

Dado que a técnica resulta da conexão e interação permanente entre conhecimento operativo e atividade metódica no uso de instrumento, pode indagar-se qual seja a importância do objeto dentro do esquema técnico do processo de trabalho, visto que o objeto constitui um de seus três elementos principais.

O instrumento surge como mediação entre o trabalho e o objeto e tem de estar adaptado à natureza deste último. "O obje

to demanda instrumentos adequados e o instrumento só pode ser aplicado aos objetos que lhe correspondem" (Giannotti). Se o objeto determina o tipo de instrumento a ser utilizado, determina também, evidentemente, o tipo de técnica. Naturalmente, um mesmo objeto pode comportar, segundo o nível de conhecimento e os meios disponíveis, diversas técnicas com as quais se pode alcançar o mesmo fim, embora talvez não de forma igualmente eficiente.

Toda técnica é duplamente determinada: de um lado, pelo "determinismo natural e objetivo" das coisas tomadas como objetos; de outro, epistemologicamente, pelo estágio de desenvolvimento do saber científico naquele setor a que ela se aplica. O primeiro tipo de determinação é o pressuposto materialista da perfectibilidade da prática humana tendo por base a experiência do mundo objetivo.

O Processo de Trabalho em Medicina

A prestação de assistência médica, como prática profissional, isolada ou coletiva, constitui um processo de trabalho. Analiticamente considerado, o processo de trabalho em medicina apresenta os mesmos elementos que compõem o esquema de produção, de valores de uso - 1. O trabalho; 2. o objeto de trabalho; 3. o meio de trabalho. Mas as descrições clássicas desse processo, aplicam-se unicamente ao processo de trabalho produtor de valores de uso exteriores aos agentes, atividade que se incorpora num produto pela modificação "ardilosa" de um objeto natural ou de uma matéria-prima. Obviamente, o trabalho médico também pro-

voca modificações em seu eventual objeto - alterações nas partes e funções do corpo - mas isto não constitui propriamente o produto da prática médica, pelo menos no sentido econômico. Há aqui duas particularidades fundamentais:

- a) a unidade de produção, o cuidado médico, não é exterior aos agentes;
- b) a ação é exercida diretamente sobre o consumidor que também costuma participar como "agente" do cuidado.

É preciso distinguir dois níveis de análise: o epistemológico, no qual os três elementos entram no processo constitutivo do trabalho médico, não diferenciável basicamente de um processo de trabalho em geral (comportando igualmente um "ardil"); e o econômico, em que há uma unidade de troca, o cuidado médico, da qual os únicos elementos relevantes são o trabalho e os meios de trabalho (a eventual modificação do "objeto" não influi sobre a constituição econômica do cuidado médico).

Em primeiro lugar, deve ser esclarecido o que se entende por "cuidado médico": é a atividade útil desenvolvida pelos agentes de saúde, utilizando determinados meios de trabalho. Tem uma dimensão de trabalho útil vivo (serviço) e outra de mercadoria, trabalho objetivado. Assim, a produção do cuidado pressupõe:

- força de trabalho capacitada;
- mercadorias utilizáveis como meios de produção.

Como o consumidor está presente no ato e como também a atividade não se materializa em mercadorias, a produção do cuidado médico se dá concomitantemente com seu consumo; rigorosamente, não existe circulação do cuidado médico.

O consumidor participa do processo de trabalho em medicina: primeiramente, através de fornecimento de valores de uso indispensáveis à produção do cuidado - seu corpo, suas informações etc.; em segundo lugar, ao assumir ativamente as medidas que lhe são prescritas. Neste último caso, ele (ou os familiares) presta a si mesmo um serviço. Temos, portanto, de diferenciar dois tipos de cuidado: 1. o cuidado médico stricto sensu, como unidade de produção do setor de atenção médica; 2. o cuidado médico pessoal, que o paciente realiza por si mesmo (ou com auxílio dos familiares). O primeiro tem uma dupla existência econômica: consumo de força de trabalho, numa relação de troca; e consumo de meios de produção. O segundo apresenta somente este último aspecto economicamente relevante (geralmente como consumo de medicamentos). No processo de trabalho médico, o segundo é frequentemente um prolongamento pressuposto do primeiro, através da prescrição.

Concluimos, portanto, que, para a análise da economia do setor de produção de atenção médica, basta considerar-se dois elementos: o trabalho e seus meios; o objeto e as transformações a ele impostas não guardam uma relação econômica com os agentes do cuidado.

O Objeto do Trabalho em Medicina

A questão do objeto do processo de trabalho em medicina

é extremamente complexa. Trata-se de um problema que pertence ao campo da epistemologia.

Qualquer que seja a conceituação dada ao "objeto", deve-se reconhecer que ele mantém uma relação "natural", não-econômica, com os agentes do cuidado médico; entra gratuitamente no processo de trabalho; por outros termos, não é matéria filtrada por trabalho anterior, ao contrário do que sói acontecer em outros setores da produção social, onde o objeto se constitui em matéria-prima, em mercadoria, portanto. (Isto vale inclusive para a medicina previdenciária, na qual a força de trabalho, tomada como objeto, não representa mercadoria para o processo de trabalho médico). Tal situação é bastante singular: o consumidor do cuidado fornece um valor de uso necessário para o processo produtivo - seu corpo, enquanto sede de eventuais objetos.

Eis como a questão do objeto se nos apresenta atualmente:

Fazemos uma distinção entre "objeto de intervenção" e "objeto de representação". Entendemos por objeto de intervenção qualquer parte ou função do corpo humano suscetível de sofrer uma interferência técnica: manipulação, alteração mecânica (como na cirurgia), alteração química (como na farmacoterapia) etc. Por outro lado, objeto de representação seria qualquer entidade semiológica e nosológica definível em variados níveis de complexidade (sintoma, síndrome, doença etc.). Este segundo tipo de objeto diz respeito, mais de perto, ao processo de diagnóstico (conhecimento ou reconhecimento do patológico) e o primeiro, ao processo terapêutico. O objeto de representação mantém uma predomi-

nância de ordem intelectual no conjunto dos atos médicos, pois é ele, definido desta ou daquela maneira, que guia e orienta a prática sobre os objetos de intervenção.

Vejamos dois exemplos:

1. Se alguém apresenta edema de membros inferiores (primeiro objeto de representação) devido a insuficiência cardíaca, (segundo objeto de representação), pode decorrer dessa situação que se escolha como objeto de intervenção a função de eliminação renal.

2. O diagnóstico de fratura de ante-braço (objeto de representação) faz com que este membro (objeto de intervenção) torne-se alvo de uma manobra de redução especial. O trabalho médico, neste caso, é executado sobre o membro afetado e outras partes conexas, de acordo com as características da fratura.

Nesses exemplos encontram-se objetos de intervenção que diferem quanto a propriedades empíricas: o membro fraturado, é mais empiricamente acessível (ou imediato) do que a função de eliminação renal.

Geralmente, o objeto de representação não coincide com o objeto de intervenção (1). Mas é o "conhecimento" que se tem a

(1) Indispensáveis para a efetivação do cuidado são somente os objetos de intervenção; os objetos de representação podem ser puramente imaginários: para realizar uma apendicectomia são necessários abdômen e apêndice, mas não a apendicite ... (idem em relação ao check-up).

cerca do objeto de representação (síndrome, lesão, doença) que indica as condutas técnicas adequadas (determinação da técnica pelo objeto).

A faculdade de distinguir objetos de representação é atribuída, geralmente, ao médico. É prerrogativa dele, dentro do organismo coletivo da assistência médica, dizer "o que o paciente tem". Este é o selo de seu poder intelectual e moral. A ele compete também, em muitos casos, selecionar os objetos de intervenção, principalmente os menos imediatos (funções e órgãos internos). A distinção entre trabalho intelectual e manual dos agentes do cuidado tem substrato nessa faculdade de assinalar objetos de representação e intervenção mais complexos. O trabalhador manual limita-se a executar atos técnicos sobre os objetos, de intervenção que lhe competem, de natureza mais empírica.

As normas técnicas veiculam procedimentos aplicáveis pelos trabalhadores manuais e estabelecem a ligação entre o objeto de representação e os correspondentes objetos de intervenção.

Técnicas e Normas

Aplicar técnicas significa, em certo sentido, aplicar normas. Toda atividade técnica é "normalizada", supõe normas que "codificam o uso eficiente do instrumento" (Álvaro Vieira Pinto). Uma norma técnica, portanto, representa uma padronização de condutas, exprime uma relação entre o conhecimento técnico e a operação que lhe corresponde. Assim, a norma automatiza os procedimentos, independentemente do conhecimento que lhe serve de base obedecendo fielmente as normas de manipulação do aparelho e do

paciente: um técnico de raio X pode realizar excelentes radiografias, sem nada saber a respeito das propriedades das radiações atômicas.

Aquilo que chamamos anteriormente de "uso metódico do instrumento" é traduzível em normas, em procedimentos padronizados. Uma técnica de terapia farmacológica, por exemplo, inclui os seguintes elementos:

1. o instrumento (a droga);
2. o tipo de objetos de representação e intervenção a que se aplicam;
3. o método terapêutico (posologia);
4. as características do doente (idade, sexo, peso, etc.

Esses elementos podem ser formalmente relacionados através de uma norma, que expressa uma adequação da técnica aos objetos numa forma padronizada e automática.

As normas técnicas constituem o fundamento da divisão, do trabalho na prática médica, servindo para separar o trabalho intelectual (normativo) do trabalho manual (cumpridor de normas). Como parte do trabalhador coletivo no Hospital, o médico tem por função estabelecer normas que se caracterizam como prescrição: fixa uma norma de acordo com o objeto de representação identificado, a qual deverá ser executada pelos auxiliares. As normas estabelecem a articulação entre os trabalhos intelectual e manual.

No consultório ou ambulatório, o médico também dita nor

mas, principalmente normas terapêuticas, sob a forma de receita. Neste caso, as normas passadas pelo médico devem ser postas em prática pelo próprio paciente (ou seus familiares), mediante um cuidado médico pessoal, implicando num uso regulado do medicamento.

Os Contextos Técnicos

Independente de sua forma de organização social, a moderna prática médica dispõe de três loci técnicos, nos quais o processo de trabalho adquire características particulares; são elas: o ambulatório, a enfermaria e o centro de cuidado intensivo. As diferenças entre esses três contextos técnicos dizem respeito à natureza do objeto de representação, à qualificação da força de trabalho empregada e à variedade e valor dos meios de trabalho.

a) Ambulatório (geral) - O objeto de representação assume traços genéricos; define-se, na maioria das vezes, como sintoma ou síndrome. Trata-se de uma marcante predominância do sintomático e do sindrômico sobre o nosológico. São objetos de fácil reconhecimento e as normas de terapia e controle correspondentes não demandam grandes qualificações para serem aplicadas. Isto varia, entretanto, segundo o tipo de ambulatório. No ambulatório de cuidados primários, por exemplo, as normas preventivas e terapêuticas (de puericultura, pré-natal, imunizações, etc.) podem ser pré-fixadas para a grande maioria dos casos. É viável a utilização de mão-de-obra menos qualificada. Os instrumentos de diagnóstico e terapia também são, em geral, simples,

em qualquer tipo de ambulatório geral.

b) Enfermaria - Predomina o nosológico - as categorias de doença constituem a preocupação principal. Procura-se aí a "causa" da patologia e, ao mesmo tempo, costuma-se instituir uma terapia mais radical, freqüentemente "etiológica". Em resumo, a doença e não suas manifestações gerais surge como objeto do conhecimento. É exigido grande poder de discriminação - capacidade indutiva - ao agente do cuidado que estabelece a natureza do objeto de representação, ou seja, ao médico. A enfermaria é o local onde o médico se investe mais plenamente de suas funções como trabalhador intelectual e constituidor de normas. O instrumental do cuidado é mais complexo.

c) Cuidado Intensivo - Inclui não só a U.T.I., mas também as unidades coronarianas, de diálise, de recuperação pós-cirúrgica, etc. O objeto de representação são funções fisiológicas (cárdio-vascular, respiratória, renal, etc.) que, neste caso especial, são igualmente objetos de intervenção. Continuamente observa-se e normaliza-se as funções através de complexa aparelhagem de registro e controle. Com o uso de circuitos eletrônicos e mini-computadores, esses centros de cuidado intensivo podem ser mantidos por uma equipe de enfermagem supervisionada por médicos. Atendido um grau suficiente de sofisticação tecnológica, o cuidado intensivo passa a requerer menos habilidade e capacitação do que o necessário na enfermaria.

Resumo:

	dificuldade identificar objeto de rep.	capacitação da mão-de-obra	complexidade /valor dos instrumentos
ambulatório	+	+	+
enfermaria	+++	+++	++
terapia int.	++	++	+++

A composição técnica real e a dinâmica de cada um desses contextos dependem, evidentemente, do modo de organização social da medicina que lhes serve de base, bem como das condições relacionadas com o desenvolvimento econômico e o grau de "sistematização" do setor saúde em escala nacional. Do ponto de vista mais vasto das relações entre trabalho médico e sociedade, o ambulatório tem importância por ser a forma mais eficaz de uma medicina da força de trabalho, ao permitir um pronto retorno ao local de trabalho e ao operar a um baixo custo. O C. T. I., por outro lado, distingue-se como o contexto que permite maior realização do valor das mercadorias por unidade de cuidado médico (emprega mais trabalho acumulado).

A Crescente Divisão de Trabalho

Se considerarmos o conjunto do setor de prestação de cuidados médicos (com todos seus contextos técnicos), verificamos, que um número cada vez maior de atos médicos finais são efetuados por pessoal não-médico. Os auxiliares passam a executar um sem número de tarefas que antes eram realizadas pelos médicos, ou que decorrem da introdução de novos instrumentos cuja manipu-

lação fica a cargo de "técnicos". "A coletivização do processo de trabalho" coloca o médico cada vez mais como um trabalhador intelectual que se encarrega de determinar objetos de representação e de ditar normas técnicas a eles adequadas. O médico diagnóstica e prescreve - os auxiliares manejam os instrumentos de diagnóstico e terapia segundo as normas estabelecidas pelo médico. Outros trabalhadores tendem também a se intelectualizar, como é o caso das enfermeiras de nível superior, que, atualmente, cumprem apenas funções administrativas: supervisionam a ação dos auxiliares e orientam a aplicação dos atos de enfermagem.

Eventualmente, o médico se desvincula das cadeias de ações finais e assume o papel de administrador ou empresário. Ele exerce agora sua ação normativa não mais em relação tão-somente aos auxiliares, mas em relação ao conjunto do organismo coletivo de trabalho: fixa normas administrativas que são limitantes do repertório de normas técnicas à disposição do médico envolvido diretamente no cuidado.

De um modo geral, o controle técnico do processo de trabalho fica em mãos do médico. O controle administrativo, ao contrário, tende modernamente a ser transferido a outros profissionais, sobretudo no setor privado, onde estes substituem o empresário.

Devemos fazer notar, finalmente, que a utilização de auxiliares e a separação entre trabalho intelectual e manual afeta economicamente o setor, pois tem por consequência um custo operacional menor (poupando mão-de-obra qualificada). Por exemplo, nos inícios da radiologia, o próprio radiologista se encar

regava de manejar o aparelho e preparar o paciente; isso atualmente é feito por "técnicos", enquanto o radiologista se limita à leitura das chapas.

As Novas Técnicas

O setor de prestação de cuidados médicos é marcado pela utilização intensiva de força-de-trabalho. Esta característica, não se altera mesmo com a introdução de novas técnicas. Cada nova técnica criada traz consigo um novo valor de uso para o consumo em saúde e se acrescenta às técnicas anteriormente existentes. O uso do ecocardiograma, por exemplo, não desloca o eletrocardiograma e o vetorcardiograma, e passa a ser uma necessidade a mais entre os exames cardiológicos: impõe uma nova demanda tanto por parte dos médicos como dos consumidores. Não sendo substitutivas, as novas técnicas levam freqüentemente a uma ampliação da divisão de trabalho e simultaneamente ao incremento no número total de trabalhadores do setor.

De um modo geral, tanto a introdução de novos instrumentos como a "racionalização administrativa" têm por consequência a diminuição da razão médico/mão-de-obra menos qualificada ou seja, o crescimento da produtividade acarreta um aumento relativo na demanda por pessoal menos qualificado.

Devemos fazer menção à existência de algumas técnicas substitutivas: os multianalisadores, por exemplo. Mas estes não apenas aumentam a produtividade do trabalho como também geram novas necessidades e novos valores de uso: os exames de check-up, são bem ilustrativos disso.

Resumindo:

- as novas técnicas se acrescentam ao processo de produção do cuidado médico geralmente sem deslocar as anteriores, aumentando o espectro das necessidades, de atenção a saúde (maior número de exames etc.).
Conseqüência: aumento do custo da atenção médica.

- as novas técnicas e a racionalização do sistema prestador de serviços médicos estende a divisão "técnica" de trabalho segundo diferenciais de qualificação da força de trabalho, separando funções intelectuais das operacionais e aumentando a demanda por pessoal menos qualificado.

2.4 Histórico do Sistema Previdenciário

FASES DA PREVIDÊNCIA SOCIAL	
1. ^a Fase	1795 - Montepio Militar da Marinha de Guerra 1890 - Extensão ao Exército. 1919 - Lei de Acidentes do Trabalho. 1921 - Código Sanitário Brasileiro. 1923 - Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferrovieiros - Lei Elói Chaves. 1926 - Extensão às Empresas Portuárias e às de Navegação Marítima e Fluvial.
2. ^a Fase	1926 - Primeiro Instituto de Previdência - Funcionários Públicos da União. 1930 - Criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. 1933 - Criação do IAPE e IAPM. 1934 - Criação do IAPC, IAPB, IAPTEC e o da Previdência e Assistência dos Servidores do Estado. 1937 - Existiam no País cerca de duas centenas de Caixas. 1938 - Criação do IAPI. 1940 - Criação do SAPS. 1942 - Criação da LBA. 1944 - Lei de Acidentes de Trabalho. 1946 - Criação do SESI e SESC e da Fundação da Casa Popular. 1949 - Criação do SAMDU.
3. ^a Fase	1960 - Lei Orgânica da Previdência Social 1963 - Fundo de Assistência e Previdência ao Trabalhador Rural. 1966 - Criação do I.N.P.S. - FGTS 1967 - Regulamentação do FUNRURAL - Lei Acidentária
4. ^a Fase	1970 - Programa de Integração Social. 1971 - Programa de Assistência ao Trabalhador Rural - PRORURAL. 1972 - Inclusão das Empregadas Domésticas. 1973 - Modificação da LOPS.
5. ^a Fase	1974 - Criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, abrangendo: o INPS, o FUNRURAL, o IPASE, o SASSE, a LBA, a FAG, a FACR, a FUNABEM, a CEME, o DATAPREV. 1974 - Conselho Nacional de Desenvolvimento Social.

A análise do percurso histórico do sistema previdenciário brasileiro revela, que este apresentou, desde os seus primórdios, uma tendência progressiva e crescente no sentido da unificação institucional e universalização da cobertura.

O entendimento dos determinantes históricos desta tendência, que persistiu apesar das profundas transformações econômicas e políticas por que passou o país desde 1923, ano da Lei Elói Chaves que instituiu as primeiras Caixas de Aposentadoria e Pensões, é ao nosso ver essencial para a compreensão do processo que culminou com a unificação, em 1966, dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social e que persiste ainda hoje como um processo contínuo de "racionalização" do sistema.

Tal entendimento deve ser buscado na explicitação da lógica que permeia a tendência histórica de formação de um sistema único de âmbito nacional, atendendo com os "mesmos" direitos a quase totalidade da população (hoje estimada em noventa por cento), segundo uma política de "bem-estar social" aparentemente em contradição com um padrão de desenvolvimento econômico e social excludente.

Um retorno às origens históricas do sistema mostra, como bem descreveu Malloy (1), que, longe de constituir no início uma plataforma de reivindicações sindicais, o modelo previdenciário brasileiro surgiu como um projeto da própria classe empresarial, interessada em garantir condições mínimas de estabilidade aos seus trabalhadores, contendo desta forma conflitos e tensões que ameaçavam despontar então no seio da classe operária e

(1) Malloy, James M. "Previdência Social e Classe Operária no Brasil", in Estudos CEBRAP 15, jan.-fev.-mar. 1976, São Paulo, Edições CEBRAP.

que tiveram seu ponto máximo com as greves de 1917 e 1919.

William John Sheldon, engenheiro da São Paulo Railway, esteve em 1919 na Argentina, lá conheceu os princípios da previdência social adotada para os ferroviários argentinos e trouxe para o Brasil alguns exemplares da lei que instituiu a "Caja de Jubilaciones", traduzindo aqui, juntamente com outros engenheiros da São Paulo Railway, a lei argentina, que distribuiu, em 1921, entre os diretores das demais estradas de ferro. Os dirigentes das ferrovias, após examinarem o assunto, decidiram convidar o Deputado Federal Elói Chaves, ligado à classe dirigente ferroviária e que tinha sido Secretário da Justiça de São Paulo em 1917, para elaborar um projeto de lei similar ao da Argentina. O projeto, apresentado ao Congresso em 6 de outubro do mesmo ano, converteu-se no Decreto-legislativo nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, sancionado pelo Presidente Artur Bernardes, e é hoje considerado o marco inicial da previdência social no país.

O projeto destinava-se aos ferroviários, que constituíam naquele momento um dos setores trabalhistas mais reivindicativos e que são, ao mesmo tempo, um setor estratégico para uma economia essencialmente agro-exportadora.

Diante da questão central de quais foram os principais fatores responsáveis pela adoção deste tipo de política social na época, Malloy sugere, recorrendo a fontes secundárias e admitindo insuficiência de provas, que, embora fatores externos no Brasil, como Tratado de Versailles e as tendências gerais relativas à previdência social na Europa e, mais diretamente, a legislação social na Argentina, tenham sido importantes, estes não po

dem certamente ser considerados mais importantes do que os fatos internos, uma vez que as três primeiras décadas deste século caracterizaram-se pela tensão e pelo conflito político no Brasil. Conclui dizendo que provavelmente a melhor maneira de entender esta lei é tomá-la como uma tentativa, por parte dos setores da elite no poder, de esvaziar a agitação operária mediante um enfoque reformista da "questão social", tema de interesse público crescente agitado por uma classe operária cada vez mais agressiva e organizada.

Malloy prossegue afirmando que, embora as primeiras leis tenham sido claramente o resultado da pressão operária sobre o status-quo, esta pressão foi indireta. Comenta que muitos analistas deste período concordam que a organização dos trabalhadores no Brasil era bastante fragmentada do ponto de vista organizacional e ideologicamente confusa, atingindo seu apogeu em 1917 - 1919 e declinando na década de 20. Nesse sentido, embora as organizações operárias ajudassem a criar um clima de crise, não chegaram a formular medidas específicas vinculadas aos problemas da classe operária.

A Lei Elói Chaves, contudo, era limitada em seu alcance, pois concedia apenas proteção aos empregados das companhias da via férrea. O sistema ampliou-se progressivamente, estendendo-se dos setores mais reivindicativos para os menos atuantes da classe operária, como bem o mostra Malloy. Em 1926, a proteção foi estendida aos portuários e marítimos, embora só implementada para os portuários, e mais tarde, em 1928, aos trabalhadores das companhias telegráficas e radiotelegráficas. Ainda em 1926,

o Governo criou, para seus funcionários, o Instituto de Previdência dos Funcionários Públicos Civis da União, que foi o primeiro dos Institutos de Previdência e em 1938 teve o seu nome mudado para Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado. Em 1930 o sistema já abrangia 47 Caixas, com 142.464 segurados ativos, 8.006 aposentados e 7.013 pensionistas (2).

Todos estes programas iniciais baseavam-se em fundos específicos (Caixas de Aposentadoria e Pensões, CAPs) criados em empresas cujos trabalhadores eram abrangidos pela Lei. Tratando-se de um sistema por empresa, restringido ao âmbito das grandes empresas privadas e públicas, as CAPs possuíam administração própria para os seus fundos, formada por um conselho composto de representantes dos empregados e empregadores. Caracterizavam-se por mecanismo de contribuição triplíce (em partes iguais, pelos empregados, empregadores e União, obrigatoriamente instituído pela Constituição Federal de 1934, alínea h, § 1º, art.21), embora a rigor a contribuição da União, prevista em 1923 na Lei Elói Chaves, não existisse, limitando-se à participação no custeio dos usuários das estradas de ferro mediante um aumento das tarifas. Com a expansão progressiva do sistema, tornou-se necessária a extensão do ônus ao público em geral, constituindo-se efetivamente, em 1934, em contribuição da União.

Além das aposentadorias e pensões, os fundos proviam os serviços funerários, médicos e de seguro-emprego após 10 anos de trabalho, e a participação era compulsória.

(2) Ministério do Trabalho e Previdência Social, -SAM "Assistência Médica na Previdência Social", - 1973

As CAPs, embora sob supervisão estatal, constituíram-se administrativamente como entidades públicas autônomas e auto-regulatórias em negócios internos. O regime de representação direta com representantes dos empregados e empregadores como partes interessadas, pouco alterado ao longo do tempo, permaneceu até a criação do INPS.

A estrutura financeira das CAPs mantinha um sistema de financiamento em que o empregado contribuiria com 3% do seu salário mensal, a empresa contribuiria com 1% de sua renda bruta, e o Governo Federal com a soma arrecadada do público através das taxas dos serviços ferroviários.

Os benefícios eram proporcionais às contribuições mensais, e nesse sentido havia uma diferenciação interna com base no salário, uma vez que os empregados mais bem pagos contribuíam mais e assim recebiam mais em benefícios. Tal diferenciação no salário continua ainda hoje em vigor no INPS, e Malloy resalta aqui uma característica importante do sistema previdenciário brasileiro, que desde o início "não foi baseada no conceito de direito à previdência social inerente ao status do indivíduo como cidadão, mas no conceito de previdência social em que a proteção era um direito contratualmente obtido, baseado em contribuições ao longo do tempo. Implícita neste conceito está a idéia de que não somente um operário possuía o direito contratualmente adquirido de proteção contra certos riscos, mas que ele também possuía o dever de ajudar a garantir e assegurar seu futuro, renunciando a parte de seus rendimentos correntes. (Malloy, 1976).

A revolução de 1930 trouxe Getúlio Vargas à Presidência

do Brasil por um período de quinze anos, levando a uma reordenação nas relações entre o Estado e a Sociedade, com profundas repercussões na política trabalhista, incluindo-se aqui a previdência social.

A criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio em 1930 foi um instrumento para o tratamento da questão social, e seu primeiro ministro, Lindolfo Collor, incorporou como consultores intelectuais preocupados com o problema, desenvolvendo uma abordagem corporativa para a organização das relações econômicas no Brasil que se concretizou com a constituição do Estado Novo.

A política de Vargas, embora polêmica quanto à natureza de suas direções, voltou-se sem dúvida para o controle do movimento trabalhista. Sua natureza corporativa visava recrutar os operários como um elemento de apoio passivo do regime. A declaração de Vargas no Governo Provisório é esclarecedora nesse sentido:

"A organização sindical, a lei de férias, a limitação das horas de trabalho, o salário mínimo, as comissões de conciliação, as caixas de pensões, o seguro social, as leis de proteção às mulheres e aos menores realizam velhas aspirações proletárias de solução inevitável.(...) Não há nessa atitude nenhum indício de hostilidade ao capital que, ao contrário, precisa ser atraído, amparado e garantido pelo poder público. Mas o melhor meio de garanti-lo está, justamente, em transformar o proletari

ado numa força orgânica de cooperação com o Estado e não o deixar, pelo abandono da lei, entregue à ação dissolvente de elementos perturbadores, destituídos do sentimento de pátria e família". (3)

Ocorre neste período portanto uma ampliação dos direitos sociais do trabalhador, com a garantia pelo Estado, por intermédio do sistema de seguro social, de um padrão mínimo de consumo, com benefícios pecuniários e acesso a serviços sociais, incluindo-se aqui os serviços médicos.

Assim, a partir de 1930, o sistema previdenciário brasileiro tomou um extraordinário impulso, cabendo ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio a orientação e supervisão aos órgãos de previdência social existentes.

Já no ano seguinte, foi determinada a criação da Caixa de Aposentadoria e Pensões para os empregados de empresas concessionárias ou exploradoras de serviços públicos em geral e, em 1932, foram incluídas as empresas de mineração.

Das CAPs aos IAPs

Havia, no entanto, uma falha no sistema, pois até 1932 eram beneficiados somente os empregados de grandes empresas, à base de uma Caixa por empresa. Percebia-se, no entanto, que o regime de uma Caixa para cada empresa resultava muitas vezes em unidades de tamanho insuficiente para operar em modelo securitá-

(3) Vargas, Getúlio, A Nova Política do Brasil, Rio de Janeiro. José Olympio, volume 2, p. 97.

rio. Este fato impossibilitava a extensão dos benefícios sociais a grande parte dos trabalhadores de pequenas empresas. Por outro lado, à medida que ocorria a disseminação das Caixas de Aposentadoria e Pensões, verificava-se a precariedade do esquema financeiro do sistema, uma vez que a maioria delas mantinha um número reduzido de segurados, mobilizando recursos insuficientes, para garantir a prestação de crescentes encargos e a cobertura dos riscos do seguro social, dentro das técnicas do cálculo atuarial.

Visando à correção desta falha, o Governo imprimiu nova orientação ao sistema no sentido de incorporar maior número de segurados em torno de unidades previdenciárias agora em âmbito nacional. De acordo com a nova orientação, o governo tomou como base para a criação das instituições de previdência a atividade genérica das empresas, fazendo com que a mesma instituição desse cobertura aos empregados de todas as empresas que operassem no mesmo ramo de atividades em todo o país.

Segundo o novo esquema securitário, foi instituído em 1933 o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), entidade autárquica, abrangendo todo o pessoal da marinha mercante do país e classes anexas. Nos moldes do IAPM, em 1934, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes (IAPC) e dos Bancários (IAPB), tendo como segurados obrigatórios os empregados em estabelecimentos comerciais e em bancos ou casas bancárias, respectivamente.

Ainda em 1934, foram fundadas para os trabalhadores em carga e descarga e para os estivadores portuários as Caixas de A

posentadoria e Pensões dos Trabalhadores em Trapiches e Armazéns de Café, e dos Operários Estivadores, impropriamente chamadas de Caixas, uma vez que eram unidades de âmbito nacional. Tais Caixas passaram, em 1938, a ter as denominações de Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas (IAPETC), incluindo também, os condutores de veículos e os empregados em empresas de petróleo, e de Instituto de Aposentadoria e Pensão da Estiva (IAPE), que, em 1945, foi incorporado ao IAPETC.

Em 1938, foi criado o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI), o último a ser criado e o único a preceder a sua instalação de um censo da massa segurada e de estudos atuariais para a elaboração do plano de benefícios.

Malloy observa que a seqüência da expansão da proteção de previdência social segue a lógica do poder de pressão de grupos específicos, embora tais grupos não tenham influenciado diretamente os conceitos básicos da previdência.

O padrão da expansão da previdência voltada para os empregados do setor privado refletiu nesse sentido duas realidades básicas: em um primeiro momento, respondendo às necessidades de uma economia orientada para a exportação de produtos primários voltou-se para a cobertura daqueles empregados em atividades infra-estruturais, cobriu a seguir o setor bancário, o comércio, e finalmente, em 1938, os trabalhadores industriais, que pertenciam ao setor econômico mais frágil e que, mais dispersos e mal organizados, foram os últimos a receber a proteção.

A seguir, mostra como depois de 1930, a formulação e im

plementação de programas específicos esteve nas mãos do Ministério do Trabalho, uma vez que os conceitos, normas e regras do jogo foram definidos de cima para baixo. O Ministério do Trabalho decidia, desta forma, quando e como conferir o direito reconhecido, o que dependia das fortes pressões de grupos específicos e do poder de barganha direta de tais grupos junto àquele Ministério. Quando a proteção era concedida, cada grupo recebia não somente seu próprio Instituto mas também sua lei específica de previdência.

Um efeito importante desta abordagem altamente particularista por parte do governo foi, além de um conjunto confuso de leis e normas de operação e uma variedade de padrões diferentes de proteção, o fato de encorajar uma competição inter-categorias profissionais, dividindo os trabalhadores e minando desta forma qualquer base de solidariedade de classe.

Em 1938, existiam no Brasil 99 CAPs e 5 IAPs, funcionando de acordo com uma variedade de leis e procedimentos operacionais, com uma população segurada de cerca de três milhões de pessoas.

Em todos os casos, o presidente da instituição era nomeado pelo Presidente da República e, além de um presidente, cada instituto possuía algum tipo de órgão administrativo colegiado, formado de igual representação de organizações de empregados e empregadores, estando em todos os casos a estrutura sindical vinculada diretamente às instituições de previdência social.

Outros órgãos foram criados nesse período, com o objeti

vo de complementar os benefícios do sistema de previdência: em 1940 foi criado o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS); em 1942, a Legião Brasileira de Assistência (LBA); em 1946 o Serviço Social da Indústria (SESI) e o Serviço Social do Comércio (SESC); também em 1946, a Fundação da Casa Popular.

O Processo da Unificação dos Institutos

Apesar de apoiado em nova e mais ampla estrutura, o regime dos Institutos de Aposentadoria e Pensões ressentia-se da falta de um plano único de benefícios, de um mecanismo invariável de custeio e de uma orientação administrativa comum. Cada Instituto era regido por uma legislação específica, fixando normas díspares das citadas para os demais, e provocando, em consequência, completa discordância nas listas dos benefícios concedidos e nas taxas de contribuição cobradas aos segurados (que variavam de 3 a 8% do valor do salário). Tornava-se necessário, pois, garantir serviços equânimes a todos os trabalhadores.

Houve estudos e propostas para uniformizar os benefícios (Plano do Conselho Atuarial do Ministério do Trabalho, de 1941) e para unificar os organismos existentes, ampliando ao mesmo tempo sua base. Destes esforços, resultou primeiro um projeto de "Lei Orgânica da Previdência Social" (1943) e depois o Decreto-lei nº 7.526, de 7 de maio de 1945, promulgando a "Lei Orgânica dos Serviços Sociais do Brasil" e criando o "Instituto de Serviços Sociais do Brasil" (ISSB), que não chegou a ser instalado. A lei tratava, entre outras coisas, da futura extensão do seguro social à população rural, ainda abandonada a seus próprios e

insuficientes recursos, e o maior obstáculo à sua incorporação continua sendo, ainda hoje, segundo os documentos oficiais da Previdência, a fraca capacidade contributiva do trabalhador rural, exigindo substancial subvenção do governo central.

O ISSB deveria constituir um órgão de administração única e controle centralizado, que absorveria todas as instituições de previdência social, realizando os seguros sociais de toda a população ativa do país. Instituiria ainda um limite mínimo para contribuições e benefícios da previdência social. O ISSB não chegou contudo a funcionar pois o governo em 1946 decidiu tornar sem aplicação o crédito aberto para sua instalação.

A referida lei foi portanto relegada ao esquecimento e um grande número de planos e projetos relativos à Previdência Social, em curso na Câmara dos Deputados, foi reunido e reestudado pelo então Deputado Aluísio Alves que, em 1947, apresentou, em substituição, ao Congresso, o Projeto da Lei Orgânica da Previdência Social, que permaneceria em tramitação naquela casa até 1960.

O referido projeto previa, em seu artigo 65, a fusão dos serviços de assistência médica dos Institutos e das Caixas em órgão único: o Serviço de Assistência Médica da Previdência Social (SAMPS) descentralizado e articulado com os órgãos de saúde da União, dos Estados, dos Municípios e das entidades particulares. Nesse sentido, revelava-se como um projeto pioneiro.

Enquanto não se uniformizava a legislação previdenciária, foi criado o serviço de Assistência Médica Domiciliar e de

Urgência - SAMDU - mantido por todos os Institutos e Caixas .. (1949) e realizada a aglutinação das 24 Caixas remanescentes em uma única, de âmbito nacional, a Caixa de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (CAPFESP) que, em 1960, transformou-se em Instituto, usando a sigla IAPFESP.

Em 1960, foi ainda efetuada a transformação do Ministério do Trabalho, que passou a denominar-se Ministério do Trabalho e Previdência Social.

A Lei Orgânica da Previdência Social

A partir de 1956, o Executivo e o Congresso retomaram o estudo da uniformização das estruturas, das contribuições e dos benefícios da previdência social. Aproveitando parcialmente o último projeto do Deputado Aluísio Alves, bastante modificado, foi finalmente aprovada em 1960 a Lei nº 3.807, denominada Lei Orgânica da Previdência Social, que veio a estabelecer a unificação do Regime Geral da Previdência Social, destinado a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), excluídos os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e, naturalmente, os servidores civis e militares da União, dos Estados, Municípios e Territórios, bem como os das respectivas autarquias, que estivessem sujeitos a regimes próprios de previdência.

O custeio da previdência, que anteriormente oscilava para os Institutos de 3 a 8% do valor do salário foi agora fixado em 8% do salário de contribuição do segurado, não excedendo a cinco vezes o valor do maior salário mínimo; para as empresas,

em quantia igual à devida pelos segurados a seu serviço; para a União, em quantia destinada a custear o pagamento de pessoal e as despesas de administração geral da previdência e a cobrir as insuficiências financeiras verificadas. A contribuição da União é arrecadada pelas "cotas de previdência", incidentes sobre várias taxas e prestações de serviços e recolhidas pelos Institutos (hoje pelo INPS); e ainda, pelos rendimentos de aplicações patrimoniais, doações, legados e rendas extraordinárias e eventuais.

Em relação aos benefícios, estavam previstos auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, por velhice, por tempo de serviço e especial, auxílio-natalidade, pecúlio e assistência financeira aos segurados, auxílio reclusão, auxílio-funeral e pecúlio aos dependentes, e, para todos os beneficiários em geral, assistência médica (além da prestada pelo SAMDU), farmacêutica, alimentar (pelo SAPS), habitacional (Fundação da Casa Popular e Empréstimos hipotecários), serviços social e de reabilitação profissional.

Em 1963 foi promulgada a lei que instituiu o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) e baixada a Resolução nº 1.500, de 27 de dezembro do mesmo ano, do Departamento Nacional da Previdência Social, aprovando o Regimento Único dos Institutos de Aposentadorias e Pensões. O FUNRURAL foi entregue à gestão do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários. Tal lei foi modificada pelo Dec. Lei nº 276, de 28/2/1967, que veio limitar as prestações do FUNRURAL à concessão exclusiva de assistência médica e social.

Ainda em 1963 foi instituído o "salário-família" do trabalhador, custeado pelas empresas, que recolhiam aos Institutos de Previdência 6% sobre um total correspondente ao valor do salário mínimo local multiplicado pelo número total de empregados da empresa que receberam salários no mês respectivo. O pagamento aos empregados foi estabelecido na base de 5% do salário mínimo local, por filho menor de 14 anos. A partir de 1966, a lei nº 4.863 de 29 de novembro de 1965 fixou a contribuição do salário família em 4,3% do salário contribuição. Em 1965, pela Lei número 4.923, foi instituído o Fundo de Assistência ao Desempregado (FAD).

Com apenas quatro anos de vigência, já se fazia sentir a necessidade de modificar a Lei Orgânica da Previdência Social. Começaram a ser constatadas novas limitações à eficiência do sistema recém-organizado. Sobrecarregados de crescentes encargos sociais, os institutos viam suas reservas esvaírem-se aos poucos, fazendo com que o regime, inicialmente concebido como de capitalização se transformasse rapidamente em regime de repartição. Para isso contribuía o aumento da dívida da União, uma vez que o montante arrecadado das cotas de previdência - não corrigidas periodicamente - era insuficiente para a cobertura dos gastos administrativos, e a baixa rentabilidade na aplicação do patrimônio (a discutir posteriormente).

O Quadro I.1 a seguir, dá uma idéia de como evoluíram, de 1960 a 1966, o total das despesas de custeio e o montante das cotas de previdência arrecadadas.

Quadro I.1

ANOS	DESPESAS DE CUSTEIO	TOTAL DE PREVIDÊNCIA
1960	7.515,9	5.773,6
1961	12.339,0	10.259,8
1962	22.947,9	18.278,0
1963	42.682,6	29.617,4
1964	330.309,7	57.073,7
1965	83.986,6	115.110,7
1966	556.937,8	206.124,0

FONTE: Conjuntura Econômica - Ano XXII - Nº: 10 outubro/68

Dificuldades adicionais surgiam com a falta de uniformidade na distribuição das despesas entre os programas; basta dizer que, em 1965, enquanto, num extremo, o IAPB gastava 33% dos seus recursos em assistência médica, o IAPI, em outro extremo, gastava menos que 8%. A própria qualidade dos serviços concedidos variava de unidade para unidade. Não era rara a existência, de um hospital ou ambulatório operando abaixo de sua capacidade em determinada localidade, sem que a ele pudessem ter acesso os trabalhadores da região não segurados do Instituto que o mantinha.

Por volta de 1963, a Previdência Social no Brasil arrecadava anualmente pouco mais de trezentos milhões de cruzeiros. Sua despesa atingiria na época, se fossem realmente pagos os compromissos que seria preciso pagar, cerca de quatrocentos bilhões. Os débitos parcelados e em cobrança somavam mais de cem bilhões.

O sistema de arrecadação, deficiente, deixava de cobrar de seus beneficiários uma média de oitenta bilhões de cruzeiros por ano. O débito da União para com a Previdência Social subia a duzentos bilhões de cruzeiros. As obrigações para com os aposentados e pensionistas em quase todos os IAPS já não estavam sendo pagas por falta de recursos.

O Processo de Unificação a partir de 1964

A atual organização do sistema previdenciário é resultado de profundas transformações processadas no decorrer da última década, como consequência de decisivas alterações nos planos político e social ocorridas a partir de 1964.

Com a revolução de 31 de março de 1964, todos os Institutos de Aposentadoria e Pensões que constituíam o então sistema previdenciário brasileiro foram submetidos a intervenção, durante a qual os Conselhos Administrativos dos Institutos e os Conselhos Fiscais foram substituídos por Juntas Interventoras nomeadas pelo governo revolucionário, instalando-se em cada um dos Institutos uma comissão de investigação sumária. Segundo depoimento prestado pelo Presidente do INPS, Dr. Francisco Luís Torres de Oliveira perante a Comissão Parlamentar de Inquérito sobre Previdência Social, em Brasília, nos dias 8, 9 e 14 de fevereiro, e na Guanabara, no dia 8 de março de 1968, "Essas comissões de investigação sumárias apuraram um enorme acervo de irregularidades que ocorriam na previdência social e sugeriram as punições cabíveis. Desse trabalho resultou a punição de grande número de servidores da previdência social, que foram aposentados

compulsoriamente, demitidos e afastados de cargos de responsabilidade. Como essas comissões tinham prazo certo para funcionar muitos dos inquéritos e das investigações sumárias que não puderam ser concluídos foram transformados em inquéritos administrativos, processados por essas juntas interventoras nos Institutos. Para todos os Estados, nas então Delegacias Estaduais dos Institutos foram nomeados interventores".

Já em 1964 foi designada uma Comissão Especial para estudar e elaborar o projeto de lei que iria reformular o então vigente Sistema de Previdência Social. A referida Comissão foi designada com base no art. 2º do Decreto 54.067, de 29/07/64, que dispõe sobre a reformulação do sistema geral da Previdência Social e a administração transitória das instituições da Previdência Social até que esta se compete e dá outras providências. O referido decreto estabelecia também em seu artigo 7º, a já mencionada intervenção governamental em todos os órgãos e instituições da Previdência Social, a partir de 05/09/64. Através do decreto, o Ministro do Trabalho e Previdência Social determinava, a partir daquela data, intervenção nos Conselhos Administrativos e Fiscais dos IAPs, do Serviço de Alimentação da Previdência Social, nas Juntas de Julgamento dos mesmos Institutos e no Conselho Fiscal do SAMDU.

A nova Comissão, de nível interministerial e com representação classista, foi instituída para propor a "reformulação do sistema geral da previdência social brasileira". Funcionando no Ministério do Trabalho e Previdência Social, a comissão reuniu de início apenas técnicos daquele Ministério e representantes dos da Fazenda, Saúde e Planejamento, que, após amplos estudos, ela-

boraram dois anteprojetos: um de reforma da Lei Orgânica da Previdência Social e outro da criação de um Ministério da Previdência Social. Ambos os anteprojetos foram submetidos à revisão por uma comissão plena, integrada não só pelos técnicos governamentais responsáveis pela elaboração, mas também por representantes dos trabalhadores e das empresas, indicados pelas respectivas entidades de classe.

Em seguida, nova versão de cada anteprojeto, o relatório atuarial e um amplo relatório dos trabalhos da comissão, em suas duas fases, foram apresentados à Presidência da República, que entretanto, não chegou a encaminhar ao Congresso qualquer projeto de lei, com o que a iniciativa deixou de surtir um efeito imediato, embora várias das proposições viessem a concretizar-se posteriormente.

Com exceção dos esquemas previdenciários especiais (servidores públicos civis, militares, etc.), o sistema proposto abrangeria em seu campo de aplicação "todas as pessoas residentes no território nacional", compreendendo "o conjunto de serviços destinados a promover o bem-estar social da população, especialmente no que concerne à previdência, à proteção à saúde e à assistência". Tratava-se de uma concepção de seguro social que pretendia a universalização do sistema e que já constava do artigo inicial do anteprojeto de reforma da Lei Orgânica.

Ressalvando os esquemas previdenciários especiais, o "sistema geral da previdência social" deveria ser desdobrado em três planos - Geral, Básico e Mínimo - além de alguns regimes especiais.

O Plano Geral seria, com as alterações sugeridas, o esquema da Lei Orgânica que corresponde à previdência social urba

na; o Plano Básico teve suas linhas gerais aproveitadas, inclusive sob a mesma denominação, para a previdência social rural (hoje alterada), mas deixando-se de incluir, como estava previsto, os empregados domésticos; e o Plano Mínimo (que previa, independentemente de contribuição, um auxílio-velhice às pessoas de mais de 70 anos não amparadas por outro esquema de proteção social e um abono às famílias numerosas não beneficiadas pelo salário-família do trabalhador), com algumas alterações mas mantendo a mesma orientação, voltou a ser proposto pelo Ministro Jarbas Passarinho, titular do Trabalho e Previdência Social de 1967 a 1969, sem que a proposição conseguisse acolhida.

Outra sugestão, depois aproveitada, foi a do deslocamento, para órgãos mais indicados, de atribuições não específicas da previdência social, como ocorreu com a assistência alimentar, com a extinção do SAPS (Serviço de Alimentação da Previdência Social) e com a assistência habitacional (hoje a cargo do Banco Nacional de Habitação).

A comissão propôs igualmente o deslocamento da assistência médica para o Ministério da Saúde, visando desafogar a previdência social dessa absorvente atribuição que frequentemente prejudicava o desempenho de sua função mais específica de conceder benefícios em dinheiro.

Outra proposta foi a criação de um Ministério da Previdência Social, que traria esse serviço para o âmbito da administração direta, idéia que só viria a ser retomada em 1974.

Apesar do reduzido impacto, em termos imediatos, das atividades da Comissão Interministerial, o trabalho realizado ser

viu como base para o processo de unificação dos Institutos.

Em agosto de 1966, o Governo baixou o Decreto de nº 59.119, de 24/6/66, através do qual conferia poderes excepcionais ao Presidente do Conselho-Diretor do DNPS (Departamento Nacional de Previdência Social) para agir como órgão executivo para instituir as comunidades da previdência social, preconizadas na Lei Orgânica da Previdência Social, rompendo assim a constituição do DNPS como órgão colegiado.

O governo pretendia, ao retomar as comunidades de serviços, que constituíam uma atribuição feita pela Lei Orgânica ao DNPS, responsável no período de seis anos pela criação de apenas dois hospitais, evitar a duplicação de instituições a nível local. Em localidades onde houvesse uma única agência (do IAPC, por exemplo), esta agência teria que servir a todos os segurados da previdência e não apenas aos comerciários. Embora a instituição das comunidades de serviços estivesse prevista em um dispositivo da Lei Orgânica, pouco havia sido realizado nesse sentido, e só em 1966 o governo resolveu fazê-las funcionar.

O Presidente do Conselho-Diretor constituiu, então, grupos de funcionários por linha de atividade, com representantes de todos os Institutos de Aposentadoria e Pensões, incumbidos de elaborar normas uniformes de procedimento e funcionamento comuns para todos os Institutos, inclusive para padronização do sistema de benefícios. O grupo compunha-se de um representante de cada IAP.

Ao mesmo tempo, o então Ministro do Trabalho, Dr. Luiz Gonzaga do Nascimento Silva, baixou uma portaria instituindo um

plano de ação para a previdência social, chamada PAPS - Plano de Ação para a Previdência Social. Esse plano foi instituído pela Portaria nº 583, de 24 de agosto de 1966. Essa portaria estabelecia diretrizes e programas para cada uma das atividades dos diferentes Institutos, que até então adotavam procedimentos diversos face às mesmas atividades.

2.5. O Complexo Previdenciário

INTRODUÇÃO METODOLÓGICA

O desenvolvimento de uma metodologia que dê conta da análise das formas de evolução histórica da medicina suscita considerações conceituais que deverão servir de fundamento para a compreensão do atual padrão de organização de trabalho médico.

Cabe em primeiro lugar ressaltar as dificuldades inerentes à tentativa de entender esta evolução apenas a partir de uma descrição interna das transformações por que passou o trabalho médico em um dado período. Na verdade, o estudo de tais transformações indica que o objeto da medicina, ainda que biologicamente dado, é socialmente definido. Trata-se portanto de compreender de que forma emerge, ao nível da técnica médica enquanto prática social de transformação biológica e/ou psíquica, um dado objeto recortado no amplo espectro de alternativas social e cientificamente possíveis. Nesse sentido, a especificidade do trabalho médico em uma determinada formação social não se explicita nas modificações de ordem técnica e organizacional que se processam no decorrer do tempo, no decorrer do saber e da prática médica, ou seja, a especificidade da medicina em um dado momento histórico não deve se esgotar na singularidade de suas práticas, e sim em sua articulação com outras instâncias da vida social, em outras palavras, a medicina não se auto-determina, mas é socialmente determinada.

Tomando desta forma a técnica médica como prática que se origina no social e sobre ele se constitui, seus limites situam-se em relações socialmente definidas. Torna-se nesse sentido importante desvendar o complexo emaranhado de práticas e in-

tervenções denominado trabalho médico, em suas múltiplas formas de organização.

No entanto, o trabalho médico não pode ser pensado como uma categoria uniforme e homogênea. O desenvolvimento das atividades sanitárias no Brasil caracterizou-se desde os seus primórdios por uma bifurcação, como bem o mostra Rezende da Silva (1), orientando-se de um lado para as medidas de saúde coletiva ou seja, as atividades de "saúde pública", consistindo na adoção de medidas destinadas à profilaxia em massa de moléstias infecto-contagiosas e ao controle e erradicação de surtos endêmicos, e de outro lado, para as atividades de saúde individual, dirigidas à assistência médica e hospitalar aos portadores de outras doenças, não endêmicas. A esta bifurcação no setor saúde corresponde uma evidente diferenciação da demanda, destinando-se em tese as medidas de saúde individual para os trabalhadores dos centros urbanos, sob responsabilidade dos órgãos previdenciários, dos Estados e dos Municípios, além do restrito setor de demanda de alto padrão de consumo, que recebe assistência médica desvinculada de qualquer subsídio público.

Neste sentido, tendo em conta esta diferenciação, qualquer estudo que se proponha a analisar as relações entre o "trabalho médico" ou o "setor saúde" como categorias homogêneas e a estrutura social, arrisca-se a incorrer em erro metodológico na medida em que parte de um conceito genérico como "população" para estu-

(1) Silva, Fernando A. Rezende, e Mahar Dennis. Saúde e Previdência Social, uma análise econômica, Rio de Janeiro, IPEA, Coleção Relatórios de Pesquisa 21, 1974.

dar um sistema que se estrutura sobre uma demanda diferenciada.

Esta postura generalizante costuma permear os estudos contemporâneos de orientação funcionalista que se dedicam à análise das relações entre medicina e sociedade. Tais estudos, da chamada corrente "racionalizadora" em saúde, fundamentam-se na análise de sistema, cuja metodologia consiste em tomar a sociedade como um elemento dado e invariante, atribuindo os eventuais problemas do "setor saúde" a disfunções no interior do próprio subsistema que devem ser corrigidas no sentido de se adequarem às exigências impostas por um sistema social em constante processo de equilibração. Partindo assim de uma teoria do equilíbrio social, em que os desajustes setoriais são explicados por um mau funcionamento eventual, elabora procedimentos técnicos baseados nas teorias de planejamento e administração, buscando operar transformações de acordo com uma lógica considerada interna ao próprio sistema, através das análises custo-benefício, do processo de tomada de decisões e da teoria dos jogos. Tenta desta forma fornecer alternativas para problemas tidos como administrativos, evitando assim a multiplicidade e superposição de funções, otimizando os recursos disponíveis no sentido da produtividade máxima expressa sob a forma de um maior rendimento dos serviços oferecidos à população.

Embora seja indiscutível a operacionalidade de tais procedimentos para a definição de uma política global de saúde, implicam contudo em sérias limitações do ponto de vista analítico, conduzindo ao pragmatismo na medida em que tomam as distorções no interior do sistema como dados de um problema a ser resolvido, minimizando a relevância de explicações que procurem

determinar as condições que lhes deram origem e que garantem a sua persistência.

Outra limitação importante são as dificuldades implícitas na conceituação e delimitação de um subsistema de saúde, pois grande parte dos problemas aí contidos extrapolam o âmbito das medidas estritamente assistenciais. Inúmeros estudos vinculam, por exemplo, o acentuado aumento na taxa de mortalidade infantil à queda do salário real na última década, resultante portanto da deterioração das condições de vida. Outros estudos, inclusive de organismos oficiais, constataam que a maior parte dos problemas de saúde pública no Brasil seriam contornados por condições adequadas de alimentação e de saneamento. Tais problemas, embora vinculados às esferas econômica e política, refletem-se sobre o chamado "setor saúde", o que evidencia as distorções contidas em estudos que pretendam analisá-lo como sistema autônomo.

O Setor Saúde e a Atenção Médica Individual

Considerando desta forma os riscos e a complexidade de uma análise que tome como base o "setor saúde", decidimos restringir o escopo de nossa investigação a um de seus aspectos, ou seja, as medidas de saúde individual que compõem o atual sistema de atenção médica e sua relação com a sociedade.

Esta delimitação do campo de investigação não foi contudo arbitrária. Na verdade, a atual estruturação do "setor saúde" no Brasil revela uma tendência cada vez mais acentuada no sentido de privilegiar um sistema de atenção médica curativo e individualizado, estimulado pelo sistema previdenciário e voltado

em sua maior parte para os trabalhadores dos grandes centros urbanos, em detrimento de um sistema preventivo voltado para o conjunto da população.

Tal tendência tornou-se mais evidente a partir de 1967, com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Desde então, a participação relativa do Ministério da Saúde, responsável pelas medidas sanitárias de caráter coletivo, vem decrescendo na atual configuração do "setor saúde" no país.

Em documento editado em 1973 pelo Ministério da Saúde (2) já se evidencia essa preocupação com o declínio de sua participação, quando se constata que "o Ministério da Saúde apresentou uma participação declinante nas despesas totais durante o período, partindo de 12,6% em 1968 para 5,3% em 1971, sendo interessante assinalar que a queda de participação relativa do Ministério coincidiu sempre com incrementos reais das despesas totais com a função Saúde por fontes de recursos internos".

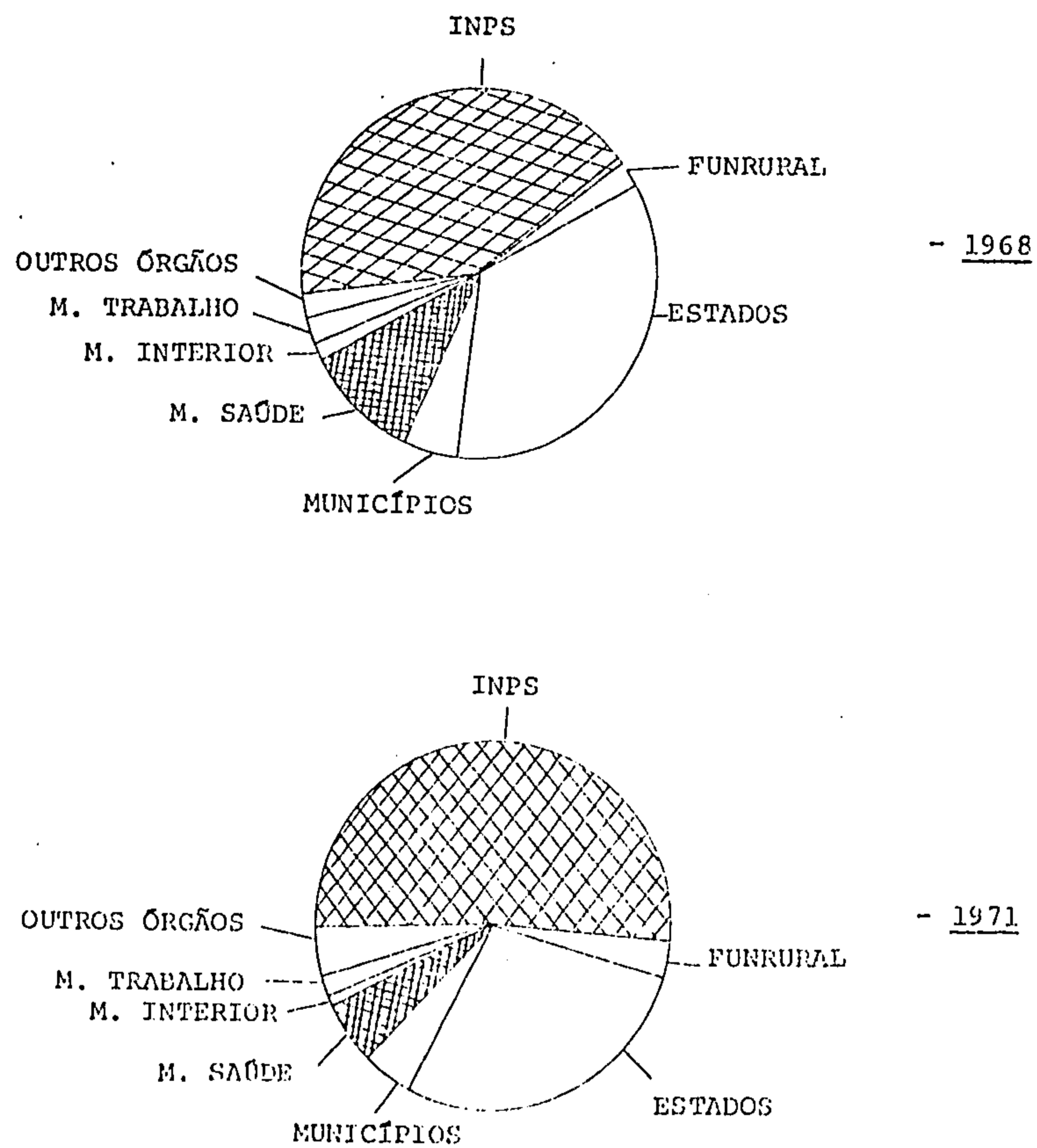
Na verdade, a maior participação nas despesas realizadas pelo Setor Público com a função Saúde coube, já no período 1968/1971, ao Instituto Nacional de Previdência Social, que teve participação crescente no total, sendo responsável pela aplicação de mais da metade dos recursos públicos destinados à função, a partir de 1969, e apresentando um incremento médio anual de 24% no período, conforme dados da tabela I, em anexo. Tais dados, apresentados pelo Ministério, permitem constatar que "do total de Cr\$ 56,00 per capita dispendidos em 1971 pelo se-

(2) Barat, Ana Maria. Estudo de Gastos do Setor Público com a Função Saúde, PAPPE, Ministério da Saúde, 1973.

tor público com a função, coube ao INPS, isoladamente, cerca de Cr\$ 30,00, enquanto ao Ministério da Saúde correspondia, apenas, o montante correspondente a Cr\$ 3,00".

O gráfico que se segue apresenta a distribuição de despesas pelo setor, ilustrando os dados da tabela I, anexa:

EVOLUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL DAS PRINCIPAIS FONTES DE RECURSOS INTERNOS NAS DESPESAS REALIZADAS COM A FUNÇÃO SAÚDE NO PERÍODO 1968/1971



FONTE: PAPPE - MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Conclui-se a partir de tais dados que a organização do chamado "setor saúde" vem apresentando uma tendência cada vez mais acentuada no sentido assistencial e curativo, privilegiando a assistência médica individual, em detrimento de medidas de caráter preventivo, o que se expressa na expansão do cuidado médico como atividade de importância crescente no interior do sistema previdenciário, sendo um bom indicador disso a dimensão da Secretaria de Assistência Médica do Instituto Nacional de Previdência Social. Seu volume de gastos em saúde em 1970 e 1971, conforme dados da tabela I, apresentou-se superior ao total de despesa realizada conjuntamente pela União, Estados e Municípios. Já alcançava, aliás, em 1968 e 1969, cerca de 73% e 96%, respectivamente, de tais gastos.

Esta tendência no sentido da assistência individual vem se acentuando ao mesmo tempo em que se alastram no país doenças que exigem medidas preventivas de natureza mais ampla. Segundo o próprio Ministério da Saúde, existem no Brasil atualmente 40 milhões de pessoas infectadas pela tuberculose, 10 milhões de vítimas de bócio e tracoma, cerca de 10 milhões de doentes mentais, 8 milhões de reumáticos, 7 milhões de esquistossomóticos e 5 milhões de portadores da "doença de Chagas". Acredita-se contudo que alguns desses dados já possam estar subestimados, pois em conferência de agosto de 1976, o ministro Almeida Machado apresentava um novo dado em relação à esquistossomose: existiriam 10 milhões de contaminados.

Diante deste padrão de morbidade, temos um sistema assistencial curativo que centraliza a maior parte dos recursos do setor sob controle da Previdência Social, que regulamenta inclu

sive a rede privada de assistência médica, constituindo o que daqui por diante iremos chamar de complexo previdenciário. Tendo em conta portanto a acentuada tendência no sentido da assistência médica individual, a presente investigação se propõe a sugerir e discutir hipóteses explicativas de suas origens e de seus determinantes, a partir de um estudo do complexo previdenciário em seu sentido mais amplo, estendendo a análise ao âmbito da articulação entre setor público e privado, mais especificamente ao acordo triangular entre o Instituto Nacional de Previdência Social, as indústrias e as empresas médicas. Trata-se, enfim, de tentar esclarecer as condições que determinaram a transformação da assistência médica de atividade secundária em atividade principal da Previdência Social, colocando sob o controle do sistema previdenciário, de forma direta ou indireta, a quase totalidade (segundo algumas fontes, noventa por cento) da medicina praticada hoje no país.

A primeira parte da investigação terá um cunho essencialmente descritivo, visando fornecer uma visão abrangente da atual estrutura da assistência médica no país. A seguir, em uma segunda parte, será apresentada uma breve análise histórica da evolução da assistência médica no interior do sistema previdenciário, no sentido de identificar alguns determinantes de sua expansão. E, finalmente, na terceira parte, serão discutidas as principais hipóteses suscitadas pelo material apresentado.

TABELA I

CONSOLIDAÇÃO DAS DESPESAS REALIZADAS PELO SETOR PÚBLICO COM A FUNÇÃO
SAÚDE POR FONTES DE RECURSOS INTERNOS — 1968/1971

- em milhões de cruzeiros de 1971

FONTES DE RECURSOS	1968	%	1969	%	1970	%	1971	%
I. UNIÃO	<u>648,8</u>	<u>17,7</u>	<u>538,7</u>	<u>11,7</u>	<u>633,3</u>	<u>12,8</u>	<u>622,0</u>	<u>11,0</u>
1. Ministério da Saúde	460,4	12,6	388,1	8,5	329,0	6,8	285,1	5,0
2. Ministério do Interior	19,0	0,5	8,9	0,2	7,0	0,1	7,8	0,0
3. Ministério do Trabalho e da Previdência Social	95,7	2,6	43,2	0,9	96,0	1,9	107,0	2,0
4. Outros Órgãos	71,7	2,0	98,5	2,1	201,3	4,0	222,1	4,0
II. ESTADOS	<u>1.183,4</u>	<u>32,4</u>	<u>1.474,3</u>	<u>32,0</u>	<u>1.112,4*</u>	<u>22,3</u>	<u>1.439,0</u>	<u>26,0</u>
III. MUNICÍPIOS	<u>208,5</u>	<u>5,7</u>	<u>225,9</u>	<u>4,9</u>	<u>246,0*</u>	<u>4,9</u>	<u>249,0*</u>	<u>4,0</u>
IV. FUNRURAL	<u>54,0</u>	<u>1,5</u>	<u>96,4</u>	<u>2,1</u>	<u>133,8</u>	<u>2,7</u>	<u>150,3</u>	<u>2,0</u>
V. INPS	<u>1.556,6</u>	<u>42,7</u>	<u>2.272,8</u>	<u>49,3</u>	<u>2.858,5</u>	<u>57,3</u>	<u>2.898,7</u>	<u>54,0</u>
1. Secretaria de Assistência Médica	1.495,9	41,0	2.150,1	46,6	2.609,8	53,9	2.684,2	50,0
2. Outras Secretarias	60,7	1,7	122,7	2,7	168,7	3,4	214,5	4,0
TOTAL	<u>3.649,3</u>	<u>100,0</u>	<u>4.608,1</u>	<u>100,0</u>	<u>4.984,0</u>	<u>100,0</u>	<u>5.359,0</u>	<u>100,0</u>

FONTE: PAPPE MINISTÉRIO DA SAÚDE

* dados estimados

2.6. Extratos da Legislação Previdenciária sobre a
Saúde.

Legislação

IAPB

Dec. 24.615 de 9 de julho de 1934

Art. 1º (...)

§ 1º Além dos benefícios previstos neste artigo, poderá o Instituto manter serviços de assistência médica, cirúrgica e hospitalar, subordinados a regulamentação especial, enquanto não houver legislação relativa a essa forma de assistência social.

IAPC

Dec. Lei 2.122 de 9 de abril de 1940

Art. 33 - O Seguro-doença completar-se-á com a prestação de assistência médica, cirúrgica, hospitalar e farmacêutica, as primeiras mediante contribuição suplementar, que venha a ser fixada para esse efeito constante de acréscimo sobre a contribuição do segurado, e as correspondentes do empregador e da União (...).
Parágrafo único - A assistência médica far-se-á, de preferência, através de subvenção ou manutenção de estabelecimentos hospitalares e de ambulatórios ou postos médicos, atendendo-se principalmente às moléstias de natureza contagiosa e de maior perigo social, podendo revestir-se de formas preventivas e abrangendo a assistência quer pré-natal, quer à maternidade, e, ainda, mediante manutenção de colônias de cura e de repouso.

IAPETC

Dec. Lei 651 de 26 de agosto de 1938

Art. 5º - O Instituto concederá os seguintes benefícios aos seus associados;

- a) aposentadoria por velhice ou invalidez;
- b) pensão aos beneficiários dos associados ativos ou aposentados, que faleceram;
- c) auxílio-funeral;

Parágrafo único - Além dos benefícios a que este artigo se refere, outros poderão ser concedidos, nos termos do regulamento de que trata a alínea "a" do art. 12, inclusive assistência médica, cirúrgica e hospitalar, auxílio para maternidade, auxílio-enfermidade e pecúlio, sujeitos, ou não, a contribuição suplementar.

IAPI

Lei 367 de 31 de dezembro de 1936

Art. 7º - (...)

Parágrafo único - Além desses benefícios, outros poderão ser concedidos nos termos de que trata o art. 24, tais como assistência médica, cirúrgica e hospitalar, auxílio para maternidade, pecúlio-auxílio para funeral, sujeitos ou não a contribuição suplementar.

IAPM

Dec. 22.672 de 29 de junho de 1933

Art. 46 - Os benefícios assegurados aos associados do Instituto que houverem contribuído com os descontos previstos neste decreto serão:

- a) aposentadoria ordinária ou por invalidez;
- b) pensão em caso de morte, para as pessoas de suas famílias, ou para os beneficiários na forma do art. 55;
- c) assistência médica e hospitalar, com internação até trinta dias;
- d) socorros farmacêuticos, mediante indenização, pelo preço de custo acrescido das despesas de administração(...);

§ 2º - O custeio dos socorros mencionados na alínea c não deverá exceder à importância correspondente ao total de 8% (oito por cento) da receita anual do Instituto, apurada no exercício anterior, sujeita a respectiva verba à aprovação do Conselho Nacional do Trabalho.

Lei Orgânica da Previdência Social

Lei 3.807 de 26 de agosto de 1960

Art. 45 - A assistência médica compreenderá a prestação de serviços de natureza clínica, cirúrgica, farmacêutica e odontológica aos beneficiários, em ambulatório, hospital, sanatório ou domicílio, com a amplitude que os recursos financeiros e as condições locais permitirem e na conformidade ao que estabelece esta lei e seu regulamento.

Regulamento - Dec. 72.771 de 6 de setembro de 1973

Art. 174 - A assistência médica compreenderá a prestação de serviços de natureza clínica, cirúrgica, farmacêutica e odontológica

ca aos beneficiários, em serviços próprios ou de terceiros, estes mediante convênio.

§ 1º - A assistência médica será realizada nas modalidades ambulatorial, hospitalar e domiciliar, e incluirá a assistência social e de enfermagem.

§ 2º - Nos planos de ação, o INPS atribuirá prioridade aos seguintes tipos de assistência:

1º - às emergências clínicas e cirúrgicas;

2º - ambulatorial;

3º - materno-infantil;

4º - psiquiatria;

5º - tisiopneumológica;

6º - de recuperação a curto prazo, nas demais modalidades assistenciais.

Art. 175 - A assistência médica, farmacêutica e odontológica será prestada com a amplitude que os recursos financeiros disponíveis permitirem, dimensionadas em conformidade com as condições locais e segundo normas gerais expedidas pela Secretaria de Assistência Médico-Social do Ministério do Trabalho e Previdência Social.

(...)

§ 2º - As condições locais compreendem a quantidade e qualidade dos recursos humanos e materiais disponíveis em função das características sócio-econômicas da área geográfica considerada.

(...)

Art. 183 - A reabilitação profissional tem por fim desenvolver as capacidades residuais dos beneficiários, quando doentes, inválidos ou de algum modo física ou mentalmente deficientes, visando sua integração ou reintegração no trabalho.

2.7. Bibliografia Básica Sobre Previdência

Bibliografia

I - Aspectos Gerais da Previdência - Evolução Histórica

- 1) Borges, Durval Rosa - Seguro Social no Brasil, Rio, 1948-UNB
- 2) Leite, C.B. e Veloso, L.P. - Previdência Social, Rio, 1963
- UNB
- 3) Fischlowitz, E. - Problemas Cruciais da Previdência Social Brasileira em 1964, FGV, 1964 - UNB
- 4) Borges, Durval Rosa - Socialização da Medicina, S. Paulo 1943
- 5) A Previdência Social no Brasil e no Estrangeiro, FGV, 1950
- UNB
- 6) Mettal, Rudolf Allader - Estrutura Unitária ou Pluralística do Seguro Social - Revista do Serviço Público - Vol II n.2, janeiro 1943 (UNB)
- 7) Oliveira Torres, João Camillo de - A Crise da Previdência Social no Brasil, Belo Horizonte, 1954 - UNB
- 8) Previdência Social, Diagnóstico Preliminar, EPEA, 1966 - UNB
- 9) Leite, Celso Barroso - A Proteção Social no Brasil, S. Paulo, 1972 (UNB)
- 10) Bezerra de Menezes, G.M. - A Segurança Social no Brasil, Rio, 1961 Senado 341.67 B574
- 11) Lima, João - A Verdade sobre a Previdência Social, Rio, 1952 Senado - 341.67 L732V
- 12) Congresso. Previdência Social; quadro comparativo Senado - 341.67 B823
- 13) Sussekind, A.L. - Previdência Social Brasileira, Rio, 1955 Senado - 341.67 S964

- 14) Carvalho, J. Antero - Previdência Social, Rio, 1961
- 15) Coppini, Mario Alberto - Problemas do Seguro-Doenças, Indus
triários
73, fev. 1960 UNB
- 16) Mazzoni, Giuliano - O Caráter Relativo da Distinção entre o
Risco e Necessidade nos Seguros Sociais, Industriários, n.74
abril, 1960
- 17) Dupeyroux, J. J. - Algumas Reflexões sobre o Direito à Segu
ridade Social, Industriários, 79, fev. 1961 UNB
- 18) Lório, Oswaldo - O Sistema Brasileiro de Previdência Social,
Industriários, 87, junho, 1962. UNB

Bibliografia Adicional (UNB)

- 1) Leite, Celso Barroso & Nóbrega, José L. - As Autarquias da Previdência são autarquias?, *Industriários*, 44, abril 1955
- 2) Wold, Knut Getz - Os limites econômicos do Progresso Social no Estado Moderno, *Industriários*, 47, out., 1955
- 3) Durand, Paulo - Introdução aos Seguros Sociais, *Industriários*, 47, out. 1955
- 4) Cardoso, Moacyr Alves - A Assistência Médica na Seguridade Social, *Industriários*, 67, fevereiro, 1959
- 5) Sebrenick, A. - Custo dos "Tuberculosos Crônicos" e "Aparentemente Curados" no IAPI, *Industriários*, 77, out., 1960
- 6) Dejardin, Jerome - Les Causes Générales de l'Accroissement des Dépenses de l' Assurance-Maladie, *Revue Internationale de Sécurité Sociale*, année XXV, n.1-2, 1972 pp.3-19
- 7) Clement, Michel - Les Causes Générales de l' Accroissement des dépenses de l' Assurance-Maladie en Matière de Soins de Santé, *Revue Internationale de Sécurité Sociale*, année XXVII, n.1., 1974 pp. 1-17
- 8) Madeira, João Lyra - Assistência Médica na Previdência Social, *Mensários Estatístico-Atuarial*, IAPI, out. 1966, n. 166, ano XIV
- 9) Montenegro, Severino - Perspectivas da Seguridade Social Brasileira, *Mensário Estatístico-Atuarial*, maio 1967, n. 173, ano XIV
- 10) Marinho, Abelardo, et al. - Tuberculose e Previdência Social, Rio, 1942 (BN) 616.2 M338t
- 11) Barbosa, Orlando de Azevedo - Previdência Social e Serviço Social Previdenciário, Rio, 1967 BN - II-9,3,2
- 12) Quirém, José Carlos - Quelques notes sur les institutions

- de prevoyance au Brésil - BN - Livros Raros - (Paris, 1878)
- 13) Montenegro, Severino - A Previdência Social e o Instituto dos Comerciários, Rio, 1955 - Câmara 368.4 (81) M764

III - Assistência Médica

- 1) Bastos, M. V. e Pawel, M. - A Assistência Médica na Previdência Social, Previdência Social, 1 (10): 59-91, jan-fev 1968-UNB
- 2) Pedroso, Décio Pacheco - Síntese das Providências para a Reorganização da Assistência Médica da Previdência Social, Mimeograf., INPS julho 1970
- 3) Borges, D.R. - Previdência Social e Assistência Médica, Anais Paul. Med. Cirurg. 95 (2) 117-19 mar-abr., 1968 UNB
- 4) Bastos, Murilo Villela, Brazil's multiple social insurance programs and their influence on medical care, Intern. Jour. Health Serv. 1(4): 382-83, 1971
- 5) Benevides, F.C. - Assistência Médica e Previdência Social, Previdência Social, n. 2-3, set-out, nov-dez, 1967 UNB
- 6) Penna, Rubens Gonçalves - O INPS e os Hospitais, Previdência Social, n.15 novembro-dezembro, 1969 UNB
- 7) Lições sobre Seguridade Social - Industriários, 73, jun.1960 (Assistência Médica) UNB
- 8) MTPS - Secretaria de Assistência Médico-Social, Assistência Médica na Previdência Social, 1973 UNB
- 9) Rezende da Silva, F.A. e Mahar, Dennis - Saúde e Previdência Social, uma análise econômica, Rio, IPEA/INPES, 1974 UNB
- 10) Mello, C.G. - A Seletividade dos Convênios da Previdência Social, Rev. Inst. Resseguros do Brasil, 31(184): 63-7, dez, 1970 - UNB

II - Legislação e Administração

- 1) Costa, Décio Ribeiro - Direitos e Obrigações na Previdência Social Brasileira, Rio, 1961 - UNB - (legislação sobre IAPS)
- 2) Previdência Social, Legislação, Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 1974 (atualizada - Lei Orgânica) UNB
- 3) Oliveira, M.V.C. - A Previdência Social Brasileira e sua Lei Orgânica, Rio. 1961 UNB
- 4) Pimental, M; Ribeiro, H.C. e Pessoa, M.D. - A Previdência Social Brasileira Interpretada, Rio, 1970 UNB
- 5) Assis, Armando de Oliveira, Unificação Administrativa da Previdência Social, Rev. Adm. Publ. 51-74- 1967 UNB
- 6) Pedroso, Décio e outros - Sugestões para o Aperfeiçoamento da Assistência Social no Brasil - Revista Paulista de Medicina, XXIX, n.4, 1946 UNB
- 7) César, A. - Regulamento Geral da Previdência Social, Rio, 1967 - UNB
- 8) Consolidação das Leis da Previdência Social, S. Paulo, 1976, Dec. 77.077 - 24/1/76 - UNB
- 9) Assis, Armando de Oliveira - Compêndio de Seguro Social, Rio, FGV, 1963 (UNB)
- 10) Congresso. Emendas à Constituição de 1946 n. 11 : Estabilidade de Financeira da Previdência Social. Brasília, C. Deputados, 1970 Senado 341.67 B823E
- 11) Assis, Armando de Oliveira - Unificação dos IAPs vista por dentro, Previdência Social, n. 1 julho/agosto 1967.

Bibliografia Adicional

- 1) Gentile de Melo, C. - Privatização e Produtividade dos Serviços de Saúde, Brasil Médico, vol. 83, n. 6, nov./dez., 1969
idem, Revista Brasileira de Medicina, ano 26, n.10, out.1969
- 2) Malloy, James - Política e Bem-Estar Social no Brasil: histórico, conceitos, problemas. Revista de Administração Pública, vol. 10. n. 2, abr./jun., 1976
- 3) Malloy, James - Previdência Social e Classe Operária no Brasil (uma nota de pesquisa), Estudos Cebrap, 15, jan/fev/mar, 1976
- 4) Cardone, Marly A. - Seguro Social e Contrato de Trabalho, S. Paulo, 1973
- 5) Donnangelo, Maria C.F. - Medicina e Sociedade (O Médico e seu Mercado de Trabalho), S. Paulo, 1975.

O COMPLEXO PREVIDENCIÁRIO

Os Sistemas do Complexo Previdenciário

Denominamos complexo previdenciário o conjunto de atividades médico-assistenciais desenvolvidas pelo sistema contratado do Instituto Nacional de Previdência Social.

O sistema se constitui de 26 hospitais próprios e 2.271 hospitais contratados.

1. Sistema próprio:

O sistema próprio compreende:

Pessoal: 3.421 médicos

9.477 outros membros da equipe de saúde

Recursos: 194 salas de parto e cirurgia

15.531 leitos

Além dos hospitais, o sistema próprio possui ainda 449 postos de assistência, cujos recursos se distribuem como se segue:

5.519 consultórios

19.179 médicos

1.484 dentistas

12.615 outros membros da equipe de saúde

Possui ainda um sistema próprio de farmácias, com 69 farmácias próprias.

2. Sistema contratado:

O INPS firmou o princípio da compra de serviços de terceiros. O sistema contratado envolve, em sua maior parte, a rede privada de prestação de serviços, embora haja uma tendência mais

recente no sentido de enfatizar convênios com hospitais universitários e com Secretarias de Saúde.

Os hospitais próprios destinar-se-iam, neste esquema, aos serviços de alta especialização e, eventualmente, a prestar cobertura, em caráter supletivo, onde a capacidade instalada for totalmente insuficiente e os órgãos oficiais, municipais ou estaduais e a comunidade, forem incapazes de suprir as necessidades da região.

Do atual sistema contratado, depende, sem dúvida, a assistência médica hospitalar do INPS. Os quadros que se seguem demonstram a parcela de participação dos serviços prestados pela iniciativa privada:

INPS - SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA			
COORDENAÇÃO DE PLANEJAMENTO			
DESPESA COM ASSISTÊNCIA MÉDICA			
A N O	DESPESA GERAL	DESPESA SERVIÇOS TERCEIROS	% DE SERVIÇOS COMPRADOS
1969	1.293.361.627,00	1.203.496.056,00	93,05
1970	1.882.922.807,00	1.739.662.437,00	92,39
1971	2.259.381.944,00	2.074.136.548,00	91,80
1972	2.900.294.084,00	2.522.362.263,00	86,97
1973	4.210.566.393,00	3.613.322.549,00	85,82
1974 (x)	6.058.989.192,00	5.602.996.953,00	92,47
1975 (x)	8.243.440.000,00	7.565.666.500,00	91,78

OBS: Despesas subordinadas ao limite atuarial

(x) - Previsão

No entanto, esta dependência se estrutura sobre um sistema contratado de baixa qualificação, pois a percentagem dos hospitais que atingiram a primeira e segunda categorias, depois de classificados na Portaria SAMES - 8/74, ainda é muito reduzida, restringindo-se a 30%.

Este dado é de extrema importância se considerarmos que 96% da assistência médica hospitalar do sistema é prestada por terceiros, conforme dados que se seguem:

PREVIDÊNCIA SOCIAL URBANA

SERVIÇOS PRESTADOS E METAS PARA 1976

A t i v i d a d e s	Serviços Prestados		Metas p/1976	
	1974	1975		
Área de assistência médica				
CONSULTAS MÉDICAS	Serviços próprios.....	44.258.192	45.869.643	55.117.400
	Serviços contratados...	11.126.435	34.156.187	41.042.600
Atendimento odontológico.....		6.360.844	6.553.257	8.269.100
INTERNAÇÕES	Hospitais próprios	176.662	222.325	243.767
HOSPITALARES	Hospitais contratados..	3.906.040	5.005.180	5.550.696

Como vemos acima, ao sistema contratado cabem 96% das internações hospitalares e cerca de 45% das consultas a nível ambulatorial.

O sistema contratado se estrutura de duas formas: credenciamento e convênios. O credenciamento é feito com casas de saúde de cujo pagamento é por unidade de serviço, com exceção de fisiologia e psiquiatria, em que o contrato é global por diária.

Quanto ao credenciamento, os dados são os seguintes:

SERVIÇOS AMBULATORIAIS CREDENCIADOS

Médicos	12.314
Dentistas	2.200
Laboratórios	1.990
Radiologistas	872

HOSPITAIS CREDENCIADOS

Hospitais	2.771
Leitos	235.884

A distinção entre credenciamento e convênios se impõe porque, conforme dados do IIº Congresso da ABRAMGE (Associação Brasileira de Medicina de Grupo) realizado em 1974, existem convênios diretos entre as empresas e os grupos médicos ainda não registrados no INPS. Isto pode significar que existam hospitais credenciados cujos convênios não são intermediados pelo INPS.

Segundo as informações do Congresso, existe um grande número de grupos ainda não registrados no INPS. O total de grupos médicos oficiais, já funcionando com convênios chamados diretos é de 136, com 2.845 firmas em convênios e um total de 3.485.000 assistidos. Por outro lado, o número total de assistidos por convênios diretos sem a interveniência do INPS, entre as empresas e os grupos médicos, é de cerca de 2.500.000, o que perfaz um total de 6,5 milhões de pessoas assistidas sob a responsabilidade de grupos empresariais médicos.

Os convênios do INPS se distribuem da seguinte forma:

CONVÊNIOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

EMPRESAS	3.131
SINDICATOS	418
UNIVERSIDADES	15
PREFEITURAS MUNICIPAIS	13
GOVERNO ESTADUAL	21
DEMAIS ENTIDADES	56

O convênio com empresas, que constitui a maior parte do sistema de convênio, realiza-se pelo "sistema de capitação pré-pago". O INPS estabelece as bases do convênio em um sistema de reembolso de 5% do maior salário mínimo vigente "per capita" do número total de empregados para a empresa que decidir montar serviço médico próprio, o que na maior parte dos casos ocorre em um acordo triangular entre INPS-INDÚSTRIA-EMPRESA MÉDICA. Este sistema de pré-pagamento leva a empresa médica a uma análise cuidadosa dos custos, pois sendo o reembolso pré-fixado, o sistema de atendimento médico se desenvolve no sentido de uma diminuição progressiva do custo unitário por operação.

O pagamento é feito mediante apresentação de fatura acompanhada da comprovação do recolhimento das contribuições relativas ao mês de competência, sendo o pagamento realizado pelo INPS no prazo máximo de 30 dias, conforme cláusula contratual.

Contudo, os grupos médicos, pela sua relação com as empresas, tendem a se concentrar nas regiões mais industrializadas do país, conforme os dados do IIº Congresso da ABRAMGE.

GRUPOS EMPRESARIAIS MÉDICOS EM AÇÃO NO BRASIL
CADASTRADOS OFICIALMENTE PELO INPS NAS DIFERENTES REGIÕES

REGIÃO	Nº DE GRUPOS MÉDICOS	INDÚSTRIAS	Nº DE ASSISTIDOS
BELO HORIZONTE	6	50	200.00
ex-GUANABARA	11	585	400.000
PORTO ALEGRE	2	210	85.000
RECIFE	11	310	120.000
SALVADOR	2	190	120.000
SÃO PAULO (capital)	100 "registrados oficialmente"	1.500	2.500.000
INTERIOR DE SÃO PAULO	4	(não consta)	100.000

A disparidade é evidente. A relação grupo médico nº de assistidos é de 1/25.000 em São Paulo (capital) o que mostra uma maior concentração de recursos em cada grupo médico. E a concentração em São Paulo é certamente bem maior, uma vez que existem grupos médicos não registrados no INPS em convênio direto com as empresas.

Considerações gerais sobre os convênios com empresas e indústrias por parte das empresas médicas

Como se trata de um sistema de pré-pagamento, as empresas médicas definem alguns critérios para a celebração dos convênios: empreendem rigorosos estudos da população a ser coberta, ve

rificando as condições de alimentação, saneamento e trabalho, procurando escolher a mão-de-obra de melhor poder aquisitivo e de menor idade, o que implica em um número menor de dependentes. Buscam portanto empregados com melhores condições de saúde, que acionarão menos os serviços médicos, e quando o fizerem, dificilmente seu tratamento será oneroso. Muitos destes grupos investem em medidas de caráter preventivo, como imunização e educação sanitária, evitando desta forma o ônus de freqüentes consultas médicas e internações, com uma política de combate à cronicidade das patologias em geral. Os convênios são de preferência realizados com firmas que detêm uma mão-de-obra mais especializada, cujo salário médio é maior, como as indústrias de maior porte, bancos e grandes empresas comerciais.

Os convênios em geral exigem uma complementação por parte da indústria, uma vez que a parcela prevista pela tabela do INPS não é suficiente para cobrir os gastos. Alguns cobrem apenas uma parcela dos trabalhadores da indústria, o resto vai para o INPS.

Os convênios com empresas médicas possibilitam uma racionalização do atendimento aos trabalhadores por parte da indústria, permitindo um rápido retorno da força de trabalho à produção, evitando que os mesmos tenham que recorrer às filas e à burocracia do INPS. Além disso, permitem um maior controle da mão-de-obra, já que as intervenções sobre esta são realizadas em comum acordo entre a indústria e a empresa médica no que diz respeito à seleção do pessoal para admissão (que, no interesse de ambas, deverá ser o mais saudável possível), ao controle da concessão da licença para tratamento, ao abono de faltas (evitando nestes casos recorrer ao INPS, que tende a ser benevolente) e à op-

ção por determinados tipos de tratamento.

Esse aspecto de controle, realizado por duas empresas em comum acordo no que diz respeito às intervenções sobre o trabalhador, é fundamental para que se possa analisar as implicações sociais dos convênios, entre empresa e empresa médica, controle este que deve ser ainda maior naqueles casos em que o convênio é celebrado diretamente, sem intermediação do INPS.

Outras formas de Convênio

1. Convênio com casas de saúde para atendimento direto dos beneficiários: correspondendo à maior parte do sistema credenciado, esta modalidade de convênio se estabelece segundo o esquema de pagamento por unidade de serviço. Existem tabelas definindo o montante de unidades de serviço por tratamento adotado, e o pagamento é feito pelo número de serviços realizados. Este sistema de pagamento leva a sérias distorções, o parto cirúrgico, por exemplo, é melhor contemplado na tabela de honorários por unidade de serviços do que o parto normal. Resultados de uma pesquisa realizados em 60 maternidades da Guanabara mostraram que o coeficiente de cesareanas chegava a mais de 60%, enquanto que a proporção prevista pela Organização Mundial de Saúde é de 5%. O sistema de pagamento por unidade de serviço induz assim a realização de um número cada vez maior de intervenções cirúrgicas, ao passo que, nos convênios de pré-pagamento, a lógica é a de restringir a um mínimo as intervenções para reduzir os custos, elevando assim os lucros.

2. Convênios com casas de saúde particulares nas áreas de fisiologia e psiquiatria. Nestes casos a modalidade de contra

to é diferente. Trata-se do chamado contrato global, em que o pagamento é feito por diária. A lógica aqui é semelhante à do sistema de pré-pagamento, de redução dos custos com um mínimo de intervenções.

3. Convênios com Secretarias de Saúde (21 convênios).

O INPS transfere 70% do seu orçamento no setor (por enquanto só na área de fisiologia) e a Secretaria de Saúde se encarrega do atendimento. Trata-se de uma política da redução dos custos por parte do INPS e que satisfaz às Secretarias Estaduais, carentes de recursos em sua maioria, evitando assim as distorções dos contratos globais por diárias com casas de saúde particulares e favorecendo o tratamento ambulatorial.

4. Convênios com Sindicatos. O INPS credencia o Sindicato para o atendimento de seus filiados.

Há 418 Sindicatos conveniados.

5. Convênios com Universidades. Há 15 convênios com hospitais universitários. Trata-se do convênio MEC-MPAS, numa modalidade de contrato global em que o pagamento é feito por alta. Esta nova forma de convênio suprimiu, onde havia, o regime de pagamento por unidade de serviço nos hospitais de ensino.

DADOS GERAIS SOBRE O COMPLEXO PREVIDENCIÁRIO

ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS E DE CONSULTAS

Ano	População		Estágio Atual 1,6 con/ben/ano	Consultas	
	Urbana	Beneficiária		Metas a serem atingidas	
				1,8 con/ben/ano	2 con/ben/ano
1975	64.546.900	50.400.000	80.640.000	98.460.000 106.740.000	127.800.000 137.000.000
1976	67.296.900	54.700.000			
1977	70.126.200	59.300.000			
1978	73.037.100	63.900.000			
1979	76.031.800	68.500.000			

ESTIMATIVA DO NÚMERO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES

Ano	População beneficiária	Internações Hospitalares								
		Total (10,6% da população beneficiária)	Cirurgia -- 23%			Obstetrícia 27%	Clínica Médica 44%	Tislopneu- mologia 1%	Psiquiatria 6%	
			Total (100%)	Pequena (30%)	Média (50%)					Grande (20%)
1976	54.700.000	5.794.463	1.349.231	404.769	674.616	269.846	1.574.956	2.572.248	42.164	255.884
1977	59.300.000	6.285.800	1.445.700	433.710	722.850	289.140	1.697.300	2.765.700	62.800	314.300
1978	63.900.000	6.773.400	1.557.900	467.370	778.950	311.580	1.828.800	2.980.300	67.700	338.700
1979	68.500.000	7.261.000	1.670.000	501.000	835.000	334.000	1.960.500	3.194.800	72.600	363.100
1980	74.300.000	7.875.800	1.811.500	543.450	905.750	362.300	2.126.500	3.465.300	78.700	393.800

MOVIMENTO AMBULATORIAL E HOSPITALAR NO PERÍODO 1971/75

Especificação	1971		1972		1973		1974		1975	
	Nº de casos	Ac. %	Nº de casos	Ac. %	Nº de casos	Ac. %	Nº de casos	Ac. %	Nº de casos	Acréscimo %
<i>I. Serviço ambulatorial</i>										
1.1 - Consultas	47.799.459	-	51.231.079	7	52.258.910	2	55.384.627	6	80.025.930	44
1.2 - Serviços Diversos	32.644.414	-	40.325.320	24	42.696.649	6	46.403.526	9	60.478.930	30
<i>2. Internações hospital</i>										
2.1 - Clínica Médica	1.139.872	-	1.406.181	23	1.626.827	16	1.810.047	11	2.031.102	27
2.2 - Cirurgia	705.509	-	794.676	13	806.443	1	860.959	7	1.192.326	38
2.3 - Obstetrícia	921.541	-	1.013.333	10	1.066.827	5	1.181.572	11	1.411.426	19
2.4 - Psiquiatria	138.512	-	162.183	17	176.636	9	197.699	12	224.648	14
2.5 - Tisiopneumologia	26.155	-	29.533	13	31.318	6	32.425	4	35.978	11
2.6 - Emerg. n/segurados ..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total de Internações	2.931.589	-	3.405.906	16	3.708.051	-	4.082.702	-	5.227.505	28

COMPARATIVO DE CONSULTA/INTERNAÇÃO — 1975

Prestadores de Serviço	Nº de consultas	Nº de Internações	Relação cons. Int.
1 - Próprios + contratados	60.034.485	4.876.057	12,3
2 - Convenientes.....	19.991.445	351.448	56,9
3 - Total (1 + 2).....	80.025.930	5.227.505	15,3

RELAÇÃO CONSULTA/BENEFICIÁRIO E INTERNAÇÃO/BENEFICIÁRIO/75

População beneficiária.....	50.016.206
Nº de consultas.....	80.025.930
Nº de internações.....	5.227.505
Relação cons./beneficiário.....	1,6
Relação int./beneficiário.....	0,1

Como mostra o quadro comparativo consulta/internação, o sistema próprio + contratado, pelo alto volume de internações, que é estimulado pelo sistema de pagamento por unidades de serviço, apresenta uma relação de 12,3, em contraste com o sistema convencional, que funciona em regime de pré-pagamento, cuja lógica é a redução dos custos de internação e que apresenta uma relação consulta/internação de 56,9. Esta diferença sugere fortemente que o volume de internações é determinado ao menos em parte pelo regime de pagamento de contratos e convênios estabelecido pelo INPS, embora certamente existam outras variáveis importantes dentre elas as condições mais precárias de saúde dos beneficiários que recorrem ao sistema próprio do INPS e às casas de saúde contratada em contraste com as melhores condições de saúde, em média, dos trabalhadores das indústrias, que se servem dos convênios, tanto pelo rigor do mecanismos de seleção profissional quanto pelas medidas preventivas e de controle adotadas pelos grupos empresariais médicos, no sentido de evitar o ônus das internações.

No que diz respeito mais especificamente à relação consulta/beneficiário e internação/beneficiário, deve-se ter em conta que o acesso aos serviços não é uniforme em todo o país, o que faz com que determinados setores da população utilizem intensamente os serviços médicos concentrados em determinadas regiões e se ressintam da escassez desses em outras.

As unidades de urgência do INPS são em número reduzido: 250 em todo o país. A maior parte dos hospitais que têm convênio com o INPS não atende a emergência após as 19 horas. Os convênios com novas unidades visam reforçar o atendimento de urgência no período das 19 às 6 horas da manhã, inclusive nos fins de

semana e feriados. O credenciamento destas novas unidades permitiria, de acordo com as previsões o atendimento no setor, que passaria de 7 para 12 milhões. As informações aqui não coincidem com o que consta na tabela abaixo, o que mostra a necessidade de esclarecer as discrepâncias no que se refere a este dado.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS MÉDICAS E ODONTOLÓGICAS
1 9 7 6

ESPECIFICAÇÃO	POPULAÇÃO URBANA	POPULAÇÃO BENEFICIÁRIA	NÚMERO DE CONSULTAS	URGÊNCIAS
Brasil	67.296.900	53.422.222	96.160.000	14.474.000
Alagoas	790.200	627.284	1.135.051	170.258
Amazonas	708.100	562.110	1.009.358	151.404
Bahia	3.871.000	3.072.912	5.558.939	883.840
Ceará	2.285.800	1.814.534	3.270.182	490.527
Rio de Janeiro	9.830.500	7.803.735	14.127.785	2.119.168
Capital	-	-	-	-
Interior ...	-	-	-	-
Espírito Santo	963.800	765.092	1.370.617	205.593
Goiás	1.735.245	1.377.487	1.436.637	215.496
Maranhão	995.300	790.098	1.419.156	212.873
Mato Grosso	931.700	739.610	1.321.980	198.297
Minas Gerais	7.689.900	6.104.465	11.022.850	1.653.428
Pará	1.401.800	1.112.869	2.002.992	300.449
Paraíba	1.234.600	980.061	1.777.876	266.681
Paraná	3.389.700	2.690.842	4.809.856	721.478
Pernambuco	3.556.900	2.823.570	5.101.285	765.193
Piauí	742.900	589.736	1.054.869	158.230
Rio Grande do Norte	969.500	769.618	1.382.044	207.307
Rio Grande do Sul..	4.432.800	3.518.884	6.372.773	955.916
Santa Catarina	1.661.700	1.319.105	2.363.176	354.476
São Paulo	18.775.700	14.904.692	26.735.333	4.010.300
Sergipe	508.100	403.344	732.187	109.828
Distrito Federal ..	821.555	652.174	2.155.054	323.258

OBS.: Custo Médio do atendimento de urgência médica e odontológica. Cr\$ 56,00 (Valor atual).

As informações acima por extenso constam do trabalho do Dr. Daphnis Ferreira Souto, publicado na Revista Brasileira de Saúde Ocupacional de jan./mar.1976.

DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
EXERCÍCIOS DE 1971 a 1976

Sub-atividades	Realizada											
	1971	%	1972	%	1973	%	1974	%	1975	%	1976	%
030 - Ass. Psíqu.	221 129 704	100	263 731 572	120	325 611 825	120	401 918 628	120	687 158 827	170	906 243 100	132
031 - Adm. Esp.	-	100	464 153 9	100	19 177 150	141	28 657 521	149	43 639 784	152	59 806 900	137
032 - Ass. Ambul.	482 236 349	100	658 621 974	137	920 233 077	140	1 199 786 367	130	1 978 137 159	165	3 314 481 000	168
033 - Ass. Tisiop.	90 558 220	100	98 301 944	109	127 410 013	130	162 336 425	127	228 755 273	141	356 236 000	156
034 - Ass. H. Cir.	579 886 774	100	730 578 555	126	1 055 239 716	144	1 510 843 863	143	2 414 653 094	160	3 256 277 100	135
035 - Ass. à Mat.	292 087 531	100	355 093 591	122	485 610 716	137	674 198 061	139	1 035 411 748	154	1 445 355 200	140
036 - Ind. Farm.	139 205 550	100	22 719 546	163	14 337 458	40	-	-	-	-	-	-
037 - Farmácia	25 352 560	100	30 333 203	120	42 967 578	142	70 124 555	163	168 732 007	241	334 308 100	198
038 - Ass. M. GI.	100 188 044	100	159 596 964	159	275 522 702	172	363 754 157	132	517 627 388	142	890 227 800	172
039 - Ass. H. Cl. Md.	454 022 212	100	576 675 196	127	944 456 068	104	1 277 402 650	135	1 939 651 976	152	2 767 064 800	143
T o t a l s ...	2 259 381 944	100	2 900 294 084	128	4 210 566 393	145	5 689 022 227	135	9 013 767 256	158	13 330 000 000	148

A Assistência Médica no Sistema Previdenciário

A Lei Elói Chaves, marco da previdência social no Brasil, colocava ao lado das medidas inerentes ao seguro social ou das prestações pecuniárias destinadas a garantir a manutenção do salário, a concessão de serviços médico-assistenciais e medicamentos às pessoas abrangidas. Conforme declaração do próprio Prof. Reinhold Stephanes, Presidente do INPS, em palestra proferida em março deste ano, "é curioso mencionar que naquele texto legal os socorros médicos e os medicamentos foram enumerados antes da aposentadoria ordinária e por invalidez e da pensão por morte, como a refletir a preocupação já existente com a responsabilidade da previdência social pela saúde individual dos integrantes da coletividade assistida."

Com o desenvolvimento da indústria no Brasil, tornaram-se mais numerosos os serviços médicos de empresa, sempre com suas características basicamente curativas. Mesmo quando o Governo Federal criou os institutos de previdência social, as enormes falhas destes no setor assistencial levaram empregadores a procurar suprir suas deficiências, proporcionando aos seus empregados a assistência médica que estes deixavam de receber das entidades governamentais.

Os novos trabalhadores brasileiros, na sua maioria de origem rural, traziam consigo diversos problemas de saúde, oriundos do meio em que tinham vivido até então; eram frequentes os casos de verminose, de doenças transmissíveis, de desnutrição, etc. Por outro lado, o pequeno desenvolvimento da assistência so

cial na época tornava quase impossível o tratamento dessas perturbações de saúde, tendo em vista o custo relativamente elevado da assistência médica privada. Tais fatos levaram os empregadores de maior compreensão a empregar em suas fábricas um médico, cujas funções básicas seriam procurar melhorar as condições gerais de saúde dos trabalhadores. Nasceram, pois, os serviços médicos de empresa, no Brasil, com uma característica essencialmente curativa; assim, o médico de fábrica, em lugar de atender os pacientes em seu próprio consultório, por uma questão de maior facilidade transportava a sua sala de consultas para o interior da fábrica, nela continuando a executar as mesmas atividades médicas que até então vinha executando.

Em julho de 1955, quando da realização do Primeiro Congresso Nacional de Hospitais e da Primeira Conferência Nacional de Diretores de Serviços de Assistência Hospitalar, as relações entre assistência médica e sistema industrial eram uma das principais preocupações nas conferências, cujos títulos expressam bem esta tendência: "O Hospital Industrial", "O Hospital em Face da Medicina do Trabalho", "O Absenteísmo e o Hospital-Reflexos Econômicos na Indústria", "A Assistência Hospitalar em Volta Redonda", "Assistência Hospitalar das Indústrias e Mutualismo", "Estudo e Considerações sobre o Valor do Tempo de Permanência-Dias para um Hospital Moderno", "A Cooperação da Indústria na Política Hospitalar", entre outros.

Fernando Diaz, Diretor do Departamento Médico da Esso Standard do Brasil Inc., em sua palestra "O Absenteísmo e o Hospital - Reflexos Econômicos na Indústria", após alertar as autoridades médicas sobre "os reflexos econômicos e sociais de um

absenteísmo por vezes paternalístico, ou prejudicado por motivos burocráticos ou administrativos, ao invés de baseado num critério estritamente profissional", comenta que "em nossa experiência de mais de 10 anos de Medicina Industrial com responsabilidade de 3.804 funcionários em todo o Brasil, o controle e a análise de cada caso, através de estatísticas médicas, é um dos meios eficientes para o combate racional ao absenteísmo por doença". Conclui sua conferência recomendando que "o Governo deve cooperar na recuperação do doente, como também e sobre tudo na mais rápida reintegração do indivíduo à produção do seu setor de trabalho, combatendo racionalmente o absenteísmo."

Em sua palestra sobre "O Hospital em Face da Medicina do Trabalho", Diogo Pupo Nogueira, Diretor Clínico dos Serviços Médicos da Companhia Brasileira de Linhas para Coser da Companhia Brasileira de Fiação, comenta que "a experiência mostra que o custo da assistência médica privada é cada vez maior no nosso país, o que impossibilita o seu acesso aos trabalhadores em geral. Por outro lado, a assistência oferecida por organizações estatais e paraestatais é (salvo raras exceções) totalmente incapaz de oferecer aos operários uma assistência médica eficiente. Dessa forma é dentro dos serviços médicos fabris, sustentados pelos empregadores a despeito destes últimos contribuírem pesadamente para sustentar os ineficientes organismos oficiais, que o operariado vai encontrar a assistência médico-social completa, eficiente e barata." Acrescenta mais adiante: "verifica-se na prática que um número elevadíssimo de dias de trabalho são perdidos exclusivamente por incapacidade do hospital geral em recuperar rapidamente o doente que teve alta. Mesmo organizações como

o IAPI, por exemplo, limitam-se apenas a fornecer a devida assistência cirúrgica ao doente; uma vez resolvido o caso cirúrgico, fica o convalescente totalmente entregue à sua própria sorte, perdendo inutilmente grande soma de dias de trabalho, que poderiam ser perfeitamente economizados caso fossem devidamente reeducados." Conclui dizendo que "tanto do ponto de vista do bem estar médico social do operário, como sob o ponto de vista do aumento geral da produção industrial do país, dentro das condições de vida brasileiras, o hospital industrial, o estabelecimento hospitalar especializado em Medicina do Trabalho, é uma necessidade inadiável (...) a menor duração da hospitalização, a volta mais rápida ao trabalho, o aumento da produção e maior harmonia social serão frutos dessa iniciativa (...) a noção da importância do hospital fabril vem criando fundas raízes no meio industrial paulista, e já regular número de indústrias de maior volume estão dedicando a sua atenção a esse problema. A Companhia Nitroquímica Brasileira, por exemplo, já tem o seu hospital em vias de ser inaugurado, e outras empresas se aprestam para levantar seus próprios hospitais."

"Quanto às indústrias pequenas, incapazes economicamente de manter estabelecimentos hospitalares, seria de interesse que se organizassem em grupos e erguessem seus próprios hospitais, para onde convergiriam os operários dos diversos grupos."

Na palestra "Assistência Hospitalar das Indústrias e Mutualismo", José Vianna de Carvalho, ex-Diretor e Fundador do Hospital de Volta Redonda, comenta:

"...Ao assistirmos a vários docentes, quando trabalhá

vamos em Volta Redonda, concluimos que essas faltas aumentavam, porque, quando adoece uma pessoa qualquer de sua família, os operários em sua maior parte, faltam ao trabalho, fato peculiar que aqui se avulta de tal maneira que, sem receio de errar, podemos garantir que 30% das faltas por motivo de saúde são decorrentes da doença de sua companheira, de seus filhos.

Se quisermos comprovar em cifras, basta lembrar apenas a falta ao serviço motivada pelo acidente de trabalho. A melhoria da assistência médica neste setor nos deu, em face da recuperação mais rápida do acidentado, um ganho de 14.562 dias de trabalho anual." A seguir, diz: "Repetimos, a contribuição da parcela do empregador é lucrativa, principalmente se ratificarmos a concepção de Henry Ford ao expressar-se: "O corpo médico é a seção de minha fábrica que me dá mais lucro" e se considerarmos que os problemas industriais modernos fazem jus ao vasto caudal de observações e experiências na Inglaterra e na Alemanha, fazendo com que hoje o mundo procure assentar a economia industrial moderna sobre bases biológicas."

Algumas Hipóteses

A análise do complexo previdenciário no que diz respeito à assistência médica deve tomar como ponto de partida as diferentes lógicas dos três subsistemas de prestação de serviços que o compõem: sistema próprio, sistema credenciado e sistema conveniado.

O sistema próprio, que compreende os hospitais próprios e os postos de assistência médica do INPS, funciona segundo as características gerais de atuação dos serviços ambulatoriais e hospitalares do setor público, ou seja, atua com um custo operacional maior. O sistema próprio opera com pessoal em média mais qualificado, em hospitais de maior porte, mantendo equipamento de alta especialização. A remuneração dos profissionais é mensal, de acordo com um salário pré-fixado para cada categoria.

A orientação do sistema próprio na assistência médica previdenciária vem obedecendo às diretrizes estabelecidas pela Reforma Administrativa em 1968, ou seja, de que o setor público só deveria intervir em áreas em que o setor privado não pudesse atuar, quer por falta de condições, que por implicar em um custo operacional mais alto.

Com efeito, as condições acima definidas de atuação do setor público hospitalar foram confirmadas em recente investigação realizada em 200 hospitais da Guanabara, com o objetivo de realizar um censo de pessoal de saúde nos hospitais. Trata-se de investigação conjunta realizada pelo Instituto Presidente Castelo Branco (IPCB) e pelo Programa Intensivo de Preparação de Mão-de-obra (PIPMO), do Departamento de Ensino Médio do Ministé-

rio de Educação e Cultura. A análise dos resultados do levantamento realizado revela a existência de acentuadas diferenças na utilização do pessoal, no porte e na destinação dos leitos, entre os hospitais do setor público e do setor privado.(1)

A investigação revela que os hospitais do setor público são maiores, com uma média de 326 leitos, enquanto que para os do setor privado, essa média cai a 135.

No que diz respeito à absorção de pessoal, os hospitais do setor público e do setor privado mostraram diferença significativa: enquanto os do setor público contavam com 1,37 servidores por leitor, esta proporção era de 0,91 servidores/leito nos hospitais privados.

Os dados revelam ainda que os hospitais do setor público absorviam quase três vezes mais profissionais de nível superior que os do setor privado. Os números indicam que o setor público empregava 35 profissionais de nível superior para cada 100 leitos, enquanto que o setor privado apenas 18 para 100, o que corresponde percentualmente a mais 94% de absorção. No que concerne aos enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos e assistentes sociais, estas diferenças são particularmente significativas.

Os dados indicam ainda maior absorção de pessoal qualificado por parte do setor público, uma vez que as ocupações de nível "intermediário" são em geral mais utilizadas pelo setor público, resultando em 35 por 100 leitos, em contraste com os 11

(1) Pessoal de saúde utilizado em hospitais da Guanabara - Pesquisa DRHUS/IPCB/PIPMO - Mário A. Sayeg, George B. Patino, Roberto Verstug - R. med.atm., Porto Alegre, 9:87-105, 1974.

por 100 leitos de setor privado, o que representa proporcionalmente 218% a mais. A estes dados acrescentam-se outros que mostram que, ao contrário, o setor privado absorve proporcionalmente maior contingente de mão-de-obra de nível "elementar", isto é, pessoal de pequena ou quase nenhuma preparação, numa razão 27% maior que o setor público.

Como conclusão geral o censo revelou que o setor público dos hospitais visitados na Guanabara empregava cerca de 50% de pessoal a mais que o setor privado, principalmente quanto ao pessoal de nível superior (94% a mais) e de nível intermediário (218% a mais), o que pode de um lado ser explicado pelo fato de grande parte dos hospitais gerais do setor público constituírem hospitais de grande porte, mantendo unidades de pacientes externos e unidades de tratamento intensivo, para os quais há maior necessidade de pessoal, tudo isto, contudo, não esclarece a utilização proporcionalmente maior, por parte do setor privado, de mão-de-obra "elementar", de pequena ou quase nenhuma preparação, o que fortalece a hipótese de que o setor privado tenderia a utilizar mão-de-obra pouco qualificada para a redução de seu custo operacional.

O sistema próprio do complexo previdenciário atua portanto segundo a lógica de funcionamento do setor público, cujas características gerais acabamos de descrever, e que consistem basicamente na utilização de pessoal mais qualificado em média, em instalações de maior porte e em equipamento de alta especialização.

Como vemos, abaixo, os serviços próprios de assistên

cia médica do INPS, arcam com cerca de 57% do total de consultas realizadas e 4% das internações, o que é considerável se levarmos em conta que o sistema próprio mantém 29 hospitais, contra 3.000 hospitais contratados à rede privada.

INPS - ASSISTÊNCIA MÉDICA

1975	Consultas	Internações	Relação Consultas/ Interna.
Serviços Próprios	45.869.643	222.325	206,3
Credenciados	14.164.842	4.703.732	3,0
Convênios	19.991.445	301.448	66,3
TOTAL	80.025.930	5.227.505	15,3

Fonte: Programa de ação para o INPS 1975 - Resultados - MPAS/
INPS.