

281/et

PROGRAMA DE ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS EM SAÚDE

FINANCIADORA DE ESTUDOS E PESQUISAS - FINEP

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ

281/et

2.45

ACUMULAÇÃO DE CAPITAL E A ATENÇÃO OFICIAL À SAÚDE NO BRASIL:
UM ESTUDO ECONÔMICO

Sergio Goes de Paula
José Carlos de Souza Braga

289/ct
n. 45

902

Esta pesquisa desenvolveu-se no âmbito do PESES - Programa de Estudos Sócio Econômicos em Saúde. O contato cotidiano com os colegas que trabalhavam nos outros projetos que compunham o PESES foi, sem dúvida, muito rico e proveitoso. A todos, o nosso agradecimento.

Um agradecimento especial deve ser feito: a Carlos Lessa, Liana Maria Aureliano, João Manoel Cardozo de Mello, Luiz Gonzaga de Mello Belluzzo e Sonia Draibe, professores da UNICAMP; é consequência de nossas discussões e trabalhos conjuntos a clareza e o rigor com que tenham sido apreendidos aqui os processos econômicos e políticos da sociedade brasileira.

A leitura deste Relatório teve algumas características que gostaríamos de destacar. Embora, como é natural, sua estrutura e as idéias nele apresentadas tenham sido resultado de um trabalho conjunto de ambos os autores, partes do Relatório tiveram uma redação inicial mais individualizada, tendo sido apresentadas como Dissertações de Mestrado. Assim, o Capítulo 1 é uma versão bastante modificada e corrigida da dissertação apresentada por Sergio Goes de Paula no Instituto de Pesquisas Econômicas da USP em dezembro de 1977. Os Capítulos 2 e 3 são, com pequenas modificações, a Dissertação apresentada por José Carlos de Souza Braga ao Departamento de Economia e Planejamento da UNICAMP. Os demais capítulos foram escritos para o Relatório propriamente dito. O resultado, no entanto, parece-nos ter coerência interna.

Gostaríamos de registrar aqui a participação constante, dedicada e inteligente de nossos 3 assistentes de pesquisa: Eduardo Pereira Nunes, Paulo Cezar e Jacques Kersteznetski. Sem dúvida alguma, grande parte do mérito que porventura haja neste trabalho deve-se às suas contribuições.

LOGIAS E ANALOGIAS

No Brasil a medicina vai bem
mas o doente ainda vai mal.

Qual o segredo profundo
desta ciência original?

É Lima: certamente
não é o paciente
que conta a história.

(Antônio Carlos de Brito. Grupo Escolar)

NOTA INTRODUTÓRIA

Parece-me desnecessário insistir em que as atividades produtivas influem sobre o nível de saúde dos indivíduos e das populações; tampouco em que o consumo -- individual, coletivo e social -- tem um importante papel na determinação de tais níveis. Tais aspectos econômicos da determinação da saúde e das doenças parecem justificar a presença do economista nesta área.

As análises econômicas fazem-se ainda necessárias quando se considera não a questão da saúde -- individual ou coletiva -- mas sim da atenção à saúde: ou seja, os aparatos institucionais destinados ao cuidado à saúde, cuja importância econômica tem crescido muito nas últimas décadas.

Assim, quando o economista se volta para a análise da questão da saúde -- e da atenção à saúde -- seu interesse se justifica por uma série de fatos constatados:

- Ao longo da história, os países "desenvolvidos" apresentam uma clara correlação entre nível de renda e nível de saúde -- este medido por índices como taxa de mortalidade, de morbidade, esperança de vida, etc.

- Ao longo da história, os países "subdesenvolvidos" não apresentam uma correlação tão forte entre aumento de renda e melhoria dos níveis de saúde.

- Num mesmo país, a distribuição dos agravos à saúde e das mortes variam não apenas segundo as classes sociais, os padrões de vida e de consumo, mas também segundo outros fatores ligados à atividade econômica, como a ocupação.

- Constata-se que tem sido parte da política econômica de diversos países a proposta de expansão quantitativa e qualitativa do "sistema de atenção à saúde" como meio de melhorar os níveis de saúde da população e até mesmo, através desta melhoria, elevar o próprio nível de vida.

Neste trabalho, a preocupação específica não é o nível de saúde numa determinada sociedade, mas sim o cuidado à saúde, assim como se concretiza através do sistema institucionalizado de atenção à saúde. Este, também chamado de indústria de cuidados da saúde, de aparelho de atenção à saúde, vem crescendo progressivamente nas sociedades industrializadas modernas e abrange órgãos que exercem uma função sanitária direta, ou seja:

- a. unidades de cuidados e prevenção;
- b. unidades de administração;
- c. unidades de financiamento;
- d. unidades fabricantes de produtos, distribuidoras destes produtos ou prestadoras de serviços.

Dentro do sistema de atenção à saúde, constituirá objeto específico deste trabalho o caso brasileiro e neste, sua parcela vinculada ao Estado - por ele financiada ou por ele implementada diretamente.

A hipótese que aqui será desenvolvida é a de que nas sociedades capitalistas o comportamento do sistema de atenção à saúde é também determinado pelo movimento de acumulação de capital no interior deste sistema, tal como definido anteriormente. Ocorre, assim, um afastamento das explicações mais usuais. Com efeito, a questão da saúde, do ponto de vista econômico, é vista principalmente quanto aos efeitos produzidos pela atividade do trabalho, ou com o que se chama de "determinação social da doença". E quanto ao sistema de atenção à saúde, sua análise tem se dirigido, principalmente, para sua ação na manutenção, recuperação e reprodução da força de trabalho.

Ao contrário das visões acima, que buscam o "específico" da atividade de atenção à saúde, estamos aqui preocupados com o que ela tem de "geral"; e numa sociedade capitalista, o que há de comum às atividades produtivas capitalistas é o fato de produzirem mercadorias, de gerarem valor. Desta forma, o movimento do sistema de atenção à saúde será explicado não por seus efeitos sobre o trabalho, mas sim por seus efeitos sobre o capital investido no setor.

Cabem aqui algumas ressalvas. Em primeiro lugar, não se nega os efeitos da atenção à saúde sobre a questão da reprodução da força de trabalho. Ao contrário, se está consciente destes e-

feitos, bem como das conseqüências sobre o que Marx chamou de "condições gerais da produção". Mas aqui a questão da atenção à saúde deve ser vista como inserida no conjunto dos meios coletivos de consumo e sua análise e avaliação devem fazer parte do exame deste conjunto. A nosso ver, seu significado não poderá ser captado a não ser que seja visto como uma parte deste todo, cujo movimento obedece ao movimento do capital no conjunto da sociedade, e aos movimentos políticos e ideológicos no interior desta mesma sociedade.

E isto nos leva à segunda ressalva. Não se pretende dar aqui nenhuma explicação economicista, ou seja, de que os fatores econômicos bastam para esclarecer todas as questões da sociedade. Tem-se bem presente que o movimento da sociedade é dado pela interação dos fatores econômicos, políticos, sociais e culturais, e se aqui nos concentramos nas explicações ditas "econômicas" (todos sabemos da dificuldade de traçar limites precisos entre os fatores acima apresentados) é porque pareceu-nos que assim poderíamos dar uma melhor contribuição - o que significa, naturalmente, que estamos convencidos da importância da instância "econômica".

Este estudo se desenvolverá da seguinte maneira:

No primeiro capítulo será feita uma breve análise de como, ao longo dos principais marcos do pensamento econômico, a saúde e atenção à saúde foram sendo construídas - ou não - como objetos teóricos. O capítulo se encerra com uma definição mais precisa dos elementos teóricos que orientam nossa análise.

A partir daí a investigação se volta basicamente para o caso brasileiro. Assim, no segundo capítulo procura-se apresentar as vinculações entre o processo de industrialização e a constituição de um sistema oficial de atenção à saúde. O terceiro capítulo analisa o que se pode chamar de "Revolução Industrial" da atenção à saúde, ou seja, o momento em que se constituem as bases técnicas e financeiras do setor, o momento em que se estabelecem todas as condições essenciais para que ele se comporte como "locus" de acumulação de capital. O quarto capítulo inicia-se com uma seção semelhante, voltada para o caso geral, onde são detalhadas as transformações tecnológicas do setor, ocorridas principalmente a partir da década de 60 e detêm-se, numa segunda seção, na questão da produção e importação de equipamentos, instrumentos e materiais médi-

cos. Finalmente, o quinto capítulo analisa as transformações mais recentes do setor, no Brasil, e à guisa de conclusão, avalia as possíveis razões e prováveis conseqüências destas últimas reformas.

CAPÍTULO I - ASPECTOS DO PENSAMENTO ECONÔMICO EM SAÚDE

A questão da saúde passa a ser objeto de preocupação das ciências econômicas não a partir do momento em que o trabalho assalariado se transforma no elemento central do processo produtivo, ou seja, da implantação do capitalismo; ela assume tal posição a partir do momento em que a atenção à saúde passa a ser um motivo de preocupação para as diversas formações econômicas (1).

Como se poderá ver mais adiante, os economistas das vertentes mercantilista, clássica e marxista já tinham, como seria de se esperar, noções da importância da saúde para o desempenho do processo de trabalho; pelo menos alguns deles já estavam atentos para os efeitos deste processo de trabalho sobre a saúde dos trabalhadores. A elaboração teórica da questão da saúde e da atenção à saúde, no entanto, é apenas marginal no tratamento de seu objeto.

De modo geral, pode-se afirmar que os teóricos da economia do início do século XIX tinham suas preocupações voltadas para os elementos essenciais da produção e da propriedade capitalistas. Buscavam entender como capital e trabalho assalariado se articulavam e o que resultaria deste movimento de articulação. Pretendiam por a nu os pontos nodais da constituição teórica e histórica de tais elementos e quais os resultados e processos da atividade produtiva. Destes, o que se refere mais diretamente à questão da saúde é o trabalho e, por suposto, seu suporte, a força de trabalho. No que se refere ao trabalho, a preocupação central era a questão da formação e distribuição do valor, cuja análise pressupõe o problema da saúde no tema da produtividade. E no que se refere à força de trabalho, as atenções voltavam-se para sua reprodução, que toca implicitamente na questão da saúde na definição do salário como "mínimo de subsistência". Entretanto, a não ser por uma "explosão" do conceito de saúde - dando-lhe uma dimensão tal que nele fossem incorporados problemas como os da habitação, da nutrição, do padrão de vida - não se vê a questão da saúde como tema específico de reflexão econômica. Isto porque a saúde é apenas um dos elementos subordinados desta questão da reprodução da força de trabalho e de

sua produtividade, detalhe de baixo relevo de um objeto teórico mais amplo e ainda em processo de construção.

Isto não significa dizer que a questão estivesse totalmente alheia à observação econômica, como se verá a seguir. Mas em bora se constitua em um tema apenas marginal, parece importante apresentar traços desta "pré-história"; o início de sua incorporação como tema do pensamento econômico se dá justamente a partir de uma avaliação positiva da saúde - e de sua recuperação - para a re produção e produtividade da força de trabalho. E são os germens desta análise, presentes em vários autores, que se deseja mostrar.

1. O mercantilismo

A partir de meados do século XVI, algumas economias europeias passam pelo que tem sido chamado de Revolução Comercial: um substancial aumento das trocas comerciais com as colônias já criadas, com países do Oriente e entre os próprios países europeus. Neste período é dado um passo fundamental para a constituição do capitalismo que se consolidaria no século XIX: a acumulação prévia do capital comercial foi essencial para a formação do capital industrial.

Na época, tinha-se como fundamentais para a nação problemas econômicos de dois tipos: primeiro, que ela dispusesse de moeda em quantidade suficiente para permitir o comércio; segundo, que ela contasse com uma população de dimensões tão grandes quanto possível, que permitisse a expansão de sua produção e de sua riqueza.

Do ponto de vista político, o mercantilismo tem sido frequentemente descrito como uma política de poder e uma concepção da sociedade. O bem-estar da sociedade era tido como idêntico ao bem estar do Estado. "Raison d'État" seria o fulcro de sua política social - existisse ela. A pergunta relevante que se fazia então era: que caminho o governo deve seguir para aumentar o poder e riqueza nacionais? E as respostas: primeiro, dispor de uma grande população; segundo, que tal população esteja provida num sentido material; e, terceiro, que esteja sob o controle do governo, de modo a ser usada segundo as exigências da política pública.

Em poucas palavras, esse é o cenário econômico e estes são os temas centrais de preocupação da escola mercantilista - expressão que abrange um grande número de autores e de obras do século XVII e XVIII com grande ecletismo quanto aos objetivos imediatos de sua atenção. E se pretende-se proceder a uma análise, ainda que breve, de alguns elementos de seu pensamento, é porque a visão mercantilista no que toca a questão da saúde mostra preocupações teóricas e resulta em recomendações político-econômicas que desaparecerão no século XIX, só sendo retomadas em meados do século XX.

No que se refere ao mercantilismo enquanto escola de pensamento econômico, há, evidentemente, que ter o cuidado básico de não se tomar a sucessão das "escolas" num continuum - mercantilista, clássica, marxista, neo-clássica, etc. - e considerar os diferentes cortes epistemológicos que ocorrem ao longo da história do saber econômico. No período que ora se analisa, por sinal, tais cortes não estão presentes apenas no campo da Ciência Econômica:

"Quanto à mutação que se produziu pelos fins do século XVIII em toda a episteme ocidental, é possível desde logo caracterizá-la, de longe, dizendo que se constituiu um momento cientificamente forte lá onde a episteme clássica conhecia um tempo metafisicamente forte, e que, em contrapartida, um espaço filosófico se formou onde o classicismo estabelecera os seus fechos epistemológicos mais sólidos. Efetivamente, a análise da produção, como novo projeto da nova "economia política", tem essencialmente por função analisar a relação entre o valor e os preços: (...) Fisiologia, Biologia e economia política constituem-se não no lugar da Gramática Geral, da História Natural e da Análise das Riquezas, mas lá onde estes saberes não existiam, no espaço que deixavam em branco, na profundidade do sulco que separava os seus segmentos teóricos e que o rumor do cotidiano ontológico preenchia. O objeto do século XIX forma-se ali onde acaba de se calar a plenitude clássica do ser" (2).

Onde, então, não se calavam os mercantilistas? Quais eram seus temas de análise, quais os objetos que observavam? Os economistas clássicos, como se sabe, voltam sua atenção para as questões de formação e da distribuição do valor, buscam realizar uma teoria da produção, uma teoria da repartição da renda. Tais temas impunham-se-lhes pela própria formação social em que viviam - o ca-

pitalismo industrial em seus primórdios. O corte epistemológico efetuado por Ricardo — segundo Foucault — é acompanhado por um re-corte do objeto, que se busca singularizar no conjunto das atividades econômicas, políticas e sociais, definindo-se um subconjunto que seria o objeto da ciência econômica.

Já os mercantilistas não pensavam seus temas com este grau de delimitação. Não eram, na acepção atual da expressão, economistas, mas sim "cientistas sociais"; e não eram apenas "cientistas", mas sim "policy makers", pois que buscavam interferir na atividade do Estado, sugerindo medidas que contribuíssem para o aumento da Riqueza da Nação.

No que se refere ao que hoje chamamos de ciências da saúde, um abismo semelhante separava o saber de então e o que se vem formar a partir do século XIX. As rupturas desta ciência nesta época já foram analisadas em profundidade por Foucault em La Naissance de la Clinique (3); cabe aqui, entretanto, pelo menos uma breve referência ao fato de que — contrariamente à visão enfatizadora das questões da fisiologia e da microbiologia que se erige em única forma legítima, científica, a partir do século XIX e que tinha no corpo humano, e só nele, seu objeto de exame — o saber médico anterior ao nascimento da clínica via a questão da saúde não como um problema apenas do corpo em si, mas como uma consequência da interação entre o corpo e o mundo que o cercava.

Na "pré-história" das ciências, então, já estavam presentes, curiosamente, duas visões que, transformadas, viriam séculos depois a se constituir no ponto central da vanguarda do conhecimento e da prática médico-sociais: a interação homem/meio ambiente e a interferência do Estado na atenção à saúde. Desta tratar-se-á a seguir.

Dentre os pensadores mercantilistas, deve ser dado destaque a William Petty (1623-1687), considerado por Marx (4) como o "fundador da moderna economia política", por ter sido o primeiro a atribuir ao trabalho a origem do valor. Pensador eclético, médico entre outras atividades, Petty preocupava-se com uma ampla gama de problemas práticos: impostos, comércio, população, educação, a peste, etc. Criador, em sua obra Political Arithmetick, da abordagem econométrica (no dizer de Schumpeter) (5), estava convencido

de que os dados numéricos poderiam lançar luz sobre praticamente todos os problemas.

Petty percebia claramente as vinculações sociais de vários problemas de saúde. Não lhe bastava reconhecer que a fertilidade natural e a população eram condições básicas para a prosperidade nacional. Para ele, a aceitação de tal premissa ia de par com a responsabilidade de remover os principais impedimentos ao completo desenvolvimento de tais recursos. Um aspecto importante desta responsabilidade era a criação de condições que promovessem a saúde, evitassem a doença e tornassem o cuidado médico acessível a todos que dele necessitassem. Para alcançar tais resultados era necessário que o conhecimento médico avançasse o máximo possível, e era dever do Estado estimular o progresso da medicina:

"Suponhamos que nos Domínios do Rei existam 9 milhões de pessoas, das quais 360.000 morram a cada ano, e das quais nasçam 440.000. E suponhamos que, pelo avanço na arte da Medicina, morra uma quota parte a menos. Então o Rei ganhará e poupará 200.000 súditos por ano, que, avaliados a 20 libras por cabeça, o mais baixo preço de escravos, significará 4 milhões de lucro para a Coroa. Considero que pela ampla e profunda busca no estado natural dos animais pela anatomia e em seu estado depravado e viciado pelas observações comparativas e contrastadas em hospitais, pode ser que em 100 anos avance a arte da Medicina como digo acima. Desta forma, não é do interesse do Estado deixar os Médicos e Pacientes (como agora) a seus próprios cuidados" (6).

É interessante destacar aqui que Petty reduz a vida humana à sua capacidade de trabalho - que é o escravo, senão força de trabalho despida de qualquer outro significado vital? Séculos depois, os neoclássicos incidirão em modalidade similar de raciocínio; sem poder se dar ao luxo de um raciocínio simplista como o de Petty, também eles vêem o ser humano apenas como capacidade de trabalho: na teoria do capital humano, o homem é reduzido a elemento da produção.

As teorias de Petty sobre as implicações sociais e econômicas dos problemas de saúde são, muito além de qualquer comparação, a mais significativa contribuição inglesa nesta área do pensamento social anterior ao século XIX. Discípulo de Hobbes em sua teoria política, Petty aceitava a tese de que o governo estava jus

tificado ao desenvolver medidas políticas ou institucionais pelas quais aumentasse o poder e a riqueza nacionais, reconhecendo ao mesmo tempo que cabia à política pública objetivar a melhoria dos padrões de vida da população; esta deveria ser tão numerosa quanto possível, mas composta de pessoas saudáveis e felizes.

Petty não foi o único a tratar dos aspectos sociais dos problemas da saúde, ou a tentar estudá-los quantitativamente. Significativa contribuição na área foi dada por John Graunt (1602-1674), cuja obra clássica Natural and Political Observations Upon the Bills of Mortality apareceu em 1662.

A partir de seus promissores inícios, com Graunt e Petty, o cultivo da aritmética política, dessa "arte de raciocinar com números sobre coisas relativas ao governo" desenvolveu-se nos séculos XVII e XVIII, graças principalmente aos trabalhos de Gregory King, Charles Davenant e Edmund Halley. A população continuava a ser um objeto central da aritmética política. Construíram-se inteligentes procedimentos para calcular o tamanho e determinar o estado das populações, com o interesse voltado para os vários elementos, entre os quais as doenças, que poderiam fazer com que o número de pessoas aumentasse ou diminuísse.

As idéias destes pensadores não atingiram resultados tangíveis imediatos, pois sua efetiva implementação exigiria um bem desenvolvido mecanismo administrativo nos planos local e regional operando sob o controle central. Mas precisamente esta rede administrativa desaparecerá após a Revolução Inglesa do século XVII. Até a reforma da "Poor Law" em 1834, a característica principal da administração interna inglesa foi seu caráter eminentemente paroquial; por todo o século XVIII os problemas sociais na Grã-Bretanha continuaram a ser tratados em bases meramente locais. Apenas no século XIX, com a industrialização e a urbanização é que a questão da saúde da comunidade passou a ser uma preocupação nacional.

As preocupações com a saúde das populações no contexto do pensamento e das práticas do mercantilismo também se desenvolveram em outros países europeus, particularmente nos Estados alemães, mais ou menos na mesma época. Ali, entretanto, surgiam como elemento integrante da monarquia absolutista, existia um aparelho administrativo, e, desta forma, as proposições teóricas podiam se

traduzir em medidas políticas. Nesta estrutura, o conceito de polícia é um conceito chave em relação aos problemas de saúde e doença. Derivado do grego "politeia", a constituição ou administração de um Estado, o termo polícia, "Polizey", já era empregado por escritores alemães no século XVI. Caracteristicamente, o ramo da teoria e da prática da administração pública voltada para a administração da saúde recebeu o nome de "Medizinalpolizey", ou polícia médica (7).

A mais rica formulação da abordagem mercantilista alemã à questão da saúde pública foi feita por Veit Ludwig von Seckendorff (1626-1692): o objetivo do governo é estabelecer certas ordenações que garantam o bem-estar do povo. Como a prosperidade e o bem-estar manifestam-se no crescimento da população, devem-se tomar medidas no sentido de salvaguardar a saúde da população de modo a que aumente seu número. Um programa governamental de saúde deveria se preocupar com a manutenção e supervisão de parteiras, o cuidado dispensado aos órfãos, a designação de médicos e cirurgiões, a proteção contra a peste e outras moléstias contagiosas, o uso excessivo do tabaco e de bebidas alcoólicas, a inspeção dos alimentos e da água, as medidas de limpeza e drenagem das ruas, a manutenção de hospitais e a assistência aos pobres. Tratava-se, como se vê, de proposições que, com muito poucas modificações, poderiam ser atualmente endossadas por qualquer Estado preocupado com saúde pública.

Caberia concluir sumarizando as principais contribuições e limitações do pensamento mercantilista:

1. A saúde é, de certa forma, encarada como uma questão sócio-econômica que extravasa os limites da prática médica.
2. Em consequência, as recomendações são no sentido de se encarar a saúde como problema de administração pública; uma questão, diríamos hoje, de política econômica.
3. A intervenção proposta, contudo, encontra obstáculos nos padrões ainda incipientes do saber e da prática médica na época, e no baixo nível de organização administrativa do Estado.

Parece que o mais significativo a ser destacado no pensamento dos mercantilistas é a integração existente entre o que hoje se vê como campos de saber referentes à saúde - ciências da saúde

e ciências sociais; a tal integração correspondia também (ali onde a organização administrativa permitia) uma atuação do Estado, no sentido de constituir uma rede de atenção à saúde, preventiva e curativa. Como se poderá ver a seguir, na constituição do capitalismo industrial esta rede também se forma, mas diferentemente do período mercantilista, não ocorre uma reflexão sistemática dos economistas sobre o tema.

A preocupação dominante, assim, era sugerir uma atuação do Estado voltada para a atenção à saúde; esta justificava-se em função da questão da própria reprodução da força de trabalho. No entanto, como não poderia deixar de ser, o capital ainda não estava presente no setor de atenção à saúde, não exercendo suas influências sobre seu movimento.

2. Formação do Capitalismo e Saúde das Populações

Os primeiros tempos do capitalismo fizeram-se acompanhar de uma grave deterioração das condições de vida da população trabalhadora. Isto parece fora de dúvida ao se ler os trabalhos de Engels (1962) e Hobsbawn (1975), bem como ao se examinar as referências aos relatórios oficiais da época, apresentados, por exemplo, em Marx (1972) e Rosen (1958). É certo que a longo prazo a expansão capitalista leva a um grande aumento da produção, que largamente ultrapassa o crescimento demográfico, disso resultando melhoria das condições materiais de vida. Mas, para que ocorra tal, são necessários mecanismos adequados de distribuição de renda - entre os quais, um sistema de assistência social e de atenção à saúde - in-existent na época.

Engels, no trabalho já referido, faz uma descrição detalhada das condições a que estavam sujeitos os trabalhadores. São expostas as péssimas condições de habitação, de higiene, de alimentação, os efeitos de diversos trabalhos e ofícios sobre a saúde dos trabalhadores, o horror da vida nas "working-houses". São apresentadas taxas de mortalidade em diversos anos, compara-se os níveis de saúde dos moradores em bairros e regiões mais ricas, numa análise inter-classes. Compara-se também o padrão de vida sob o trabalho fabril e manufatureiro com o dos camponeses e trabalhadores

rurais do período anterior, concluindo-se pela completa deterioração dos mesmos. Além de atribuir a maior parte das doenças e sofrimentos físicos dos trabalhadores a causas "externas", não biológicas, Engels vai além e define como causa fundamental das más condições de vida e de saúde dos mesmos o processo de produção capitalista que então se instaura.

Os baixos padrões de vida dos primeiros tempos do capitalismo são indubitavelmente consequência do processo de industrialização e urbanização capitalistas, que abalaram de cima a baixo a organização social até então vigente. As cidades "inchavam" sem que fossem criadas as condições para abrigar os novos contingentes populacionais. Entre 1801 e 1841, a população de Londres aumentou de 958.000 para 1.948.000; a de Leeds, de 53.000 para 123.000; a de Huddersfield, de 15.000 para 34.000. Este rápido crescimento refletia-se em crescentes taxas de mortalidade; entre 1831 e 1844 a taxa de mortalidade por mil habitantes em Birmingham passou de 14,6 para 27,2; em Bristol, de 16,9 para 31; em Liverpool, de 21 para 34,8; e, em Manchester, de 30,2 para 33,8 (8).

Quatro fatores básicos estavam por trás destas elevadas taxas de mortalidade. Primeiro: os baixos salários pagos mantinham os operários num estado nutricional precário, a despeito da queda constante do preço do trigo nas primeiras décadas do século XIX. Segundo: as péssimas condições de trabalho oferecidas nas fábricas obrigavam os trabalhadores a permanecerem por 12 horas ou mais em ambientes insalubres, operando máquinas sem a menor proteção e envenenando-se com os resíduos produzidos. Terceiro: as condições de habitação, higiene e saneamento das cidades industriais inglesas eram precárias ao extremo e, mais do que quaisquer estatísticas, certas passagens de Dickens podem proporcionar uma impressão aproximada de realidade social tão patética. O quarto e último fator era o conhecimento médico de então - ou antes, o desconhecimento médico - sobre causas e remédios para as doenças. Este fator, entretanto, deve ser qualificado, já que mesmo a partir de teorias equivocadas sobre a saúde e a doença foi possível tomar medidas eficientes que resultaram na elevação das condições de vida dos trabalhadores.

A questão dos salários, como se sabe, foi solucionada apenas no longo prazo, numa luta política cujos resultados não se fi

zeram sentir de imediato. Entretanto, deve-se levar em conta que a reivindicação fundamental dos trabalhadores na época da Revolução Industrial era mais do que o salário, a redução da jornada de trabalho e a melhoria das condições em que este se dava. E aqui, pressionado politicamente, o Estado foi obrigado a agir mais diretamente: em 1833, por exemplo, foi votado o "Factory Act" que, embora relativamente ineficaz, marcou o início real da legislação fabril na Grã-Bretanha. As condições de existência da população trabalhadora inflexa atingiram um estágio tal de deterioração e aviltamento que o perigo da disseminação de epidemias entre as classes dominantes e as pressões políticas dos trabalhadores terminaram por obrigar a sociedade a se preocupar com medidas efetivas para a diminuição da mortalidade. Ademais, os níveis de mortalidade e morbidade pareciam ameaçar o próprio processo de acumulação de capital, como nos diz um industrialista da época:

"A propriedade que o país tem em seus trabalhadores produtivos diminuirá e as despesas improdutivas necessárias para mantê-los aumentarão. (...) Algumas medidas são exigidas urgentemente, como gritos de humanidade e justiça para com grandes multidões de nossos concidadãos e como não menos necessárias para o bem-estar dos pobres e para a salvaguarda da prosperidade e a segurança dos ricos" (9).

Ou seja, a doença podia ser considerada como parte dos desígnios inescrutáveis do "Deo Poderoso, mas quando matava e feria o trabalhador e interferia com a sagrada máquina industrial, era tempo de que os homens dela tomassem notícia e agissem.

Entretanto, a burguesia industrial vivia, a esta altura, um outro problema que a preocupava talvez ainda mais: o capital tinha fome de braços, e estes braços estavam ligados a troncos e pernas; só que estas pernas não poderiam circular por onde quisessem caso se tratassem de pernas desempregadas. A legislação social inglesa obrigava os sem trabalho a permanecerem em suas próprias paróquias, das quais deveriam receber assistência, restringindo assim a mobilidade e disponibilidade da força de trabalho. A reforma da "Poor Law" elizabetiana passaria a ser um cavalo de batalha da burguesia industrial, que desejava um mercado de trabalho mais fluido; como se sabe, os economistas da época não ficaram alheios a tal campanha.

O sistema de assistência aos pobres era visto como o principal obstáculo para uma oferta perfeitamente elástica de força de trabalho para a indústria. O remédio proposto era acabar com a assistência aos que não tivessem defeitos físicos, visando que a força de trabalho fosse regida por seu próprio interesse econômico. Após intensa luta parlamentar, em 1834 foi aprovada a nova "Poor Law", cujo objetivo declarado era fazer com que a sorte dos desempregados sem defeitos físicos fosse muito pior do que a de qualquer trabalhador industrial: aumenta o rigor das "working-houses". Do lado administrativo, sua principal característica era a busca de centralização, uniformidade e eficiência. Ao invés dos escritórios provinciais, foi criada uma comissão permanente destinada a orientar os funcionários locais.

O significado da nova "Poor Law" como ponto focal de mudança social não pode ser subestimado. Seu objetivo declarado era reduzir a taxa de pobreza, mas seu alvo mais amplo era liberar os mercados de trabalho como pré-condição para o investimento. A economia de mercado afirmava-se e exigia que a força de trabalho se transformasse em mercadoria. Esta meta foi alcançada e não é exagero dizer que a história social inglesa do século XIX foi determinada em grande medida pela liberação da mão-de-obra favorecida pela reforma de 1834. Não foi por acidente que nas décadas seguintes os homens começaram a explorar os problemas da comunidade com uma nova preocupação: o estabelecimento do mercado de trabalho livre trouxe à luz a questão mais ampla de como organizar a vida numa sociedade industrial e urbana.

Esta nova ideologia em relação à força de trabalho e as transformações administrativas provocadas pela "Poor Law" de 1834 concorreram para o que Michel Foucault chamou de uma "medicina da força de trabalho" (10). Não é por acaso que esta nova concepção médica, esta prática de saúde pública surgiu atrelada à preocupação com a força de trabalho e com as massas marginalizadas e desempregadas. E é isto que devemos reter.

Uma pequena digressão: a nível de uma consciência política e de uma proposição articulada para o Estado, a primeira vez em que a proposta da medicina social se coloca é durante a Revolução Francesa, principalmente no período da Convenção. É neste momento que a assistência social como um todo e a assistência médica

em particular são colocadas não mais como uma caridade dos mais ricos ou do Estado, mas como um direito dos cidadãos. Pela primeira vez surge uma consciência coletiva da precariedade das condições de vida das massas populares, e também da precariedade dos meios de assistência às mesmas. As soluções propostas eram, como a própria época, revolucionárias. Estabelece-se o direito de todos receberem assistência, inclusive médica, do Estado. Estabelece-se uma complexa sistematização de como seria prestada tal assistência, de como deveriam funcionar os hospitais, etc. Na verdade, os posteriores acontecimentos políticos fizeram com que muitas das proposições não passassem do papel, mas nem por isso sua importância deve ser minimizada.

Mas é na Inglaterra, país onde primeiro se desenvolvem as condições capitalistas de produção, que se desenvolvem também os mecanismos capazes de transformar a idéia da medicina social numa prática de Estado. Neste país surge, pela primeira vez, a idéia de uma assistência controlada, de uma intervenção médica que significasse tanto uma maneira de ajudar os mais pobres a satisfazerem suas necessidades de saúde — já que sua pobreza não permitia que o fizessem por seus próprios meios — quanto um controle pelo qual as classes dominantes e seus representantes no governo assegurassem a saúde das classes pobres e, por conseguinte, a proteção das classes ricas. Constrói-se nas cidades um cordão sanitário autoritário entre ricos e pobres: estes passam a ter a possibilidade de se tratarem gratuitamente ou sem grande despesa e os ricos passam a contar com a garantia de não serem vítimas de fenômenos epidêmicos que se disseminam a partir da classe pobre.

Diferentemente da medicina urbana francesa e da medicina do Estado da Alemanha do século XVIII, aparece no século XIX — sobretudo na Inglaterra — uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas para as classes mais ricas.

Vê-se claramente a transposição, na legislação médica, do grande problema político da burguesia nesta época: a que preço, em que condições e como assegurar a segurança política. A legislação médica contida na "Poor Law" corresponde a este processo. Como resultado, tem-se o estabelecimento da idéia e da prática da Saú

de Pública em moldes que até hoje persistem: ênfase numa medicina preventiva, destaque para a higiene e saneamento do meio, apoio às atividades da comunidade e consideração pelos aspectos sócio-econômicos, como causa e resultado desta atividade.

Essa fórmula da medicina social inglesa prevaleceu sobre as outras porque possibilitou, por um lado, associar três níveis de atuação: assistência médica aos pobres, controle da saúde da força de trabalho e esquadramento geral da saúde pública, permitindo às classes mais ricas se protegerem dos perigos gerais. E, por outro lado, a medicina social inglesa - e nisto está sua originalidade - permitiu a realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes: uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação, as epidemias, etc., e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios de pagá-la.

E foi justamente a "Poor Law" de 1834 que criou, embora sem o desejar expressamente, o meio de tratar o problema da saúde pública: a "Poor Law Commission", para a qual foi designado como secretário Edwin Chadwick, considerado hoje em dia como o pai da Saúde Pública.

Chadwick era advogado, ardente defensor das idéias de Jeremy Bentham e da Filosofia Radical, conhecedor da economia política clássica, e colaborador de Nassau Senior. Sua ação nesta área se fez sentir principalmente através de três proposições básicas: primeira, a criação de um sistema de estatísticas vitais, que esclarecesse e orientasse a ação no tocante à redução dos níveis de mortalidade e morbidade; segunda, a idéia de que, ao abandonar a política paternalista e pré-industrial de assistência aos pobres, o Estado deveria assumir como seu encargo providências necessárias para a melhoria das condições urbanas e o fornecimento de certo tipo de assistência médica, principalmente preventiva; e, finalmente (embora partindo de uma concepção equivocada das causas das doenças - Chadwick acreditava na teoria dos miasmas, segundo a qual emanações provenientes da terra e de detritos e sujeiras em geral seriam as causas das doenças), uma decidida campanha contra a sujeira, os detritos e a falta de higiene que caracterizavam os bairros pobres da época, afirmando que a "saúde pública era essencialmente uma questão de engenharia", e que as taxas de mortalidade e morbidade

só diminuiria com a melhoria das condições de saneamento e higiene, posição até hoje reputada correta.

Seu trabalho nas diversas Comissões de que participou - além da já citada foi também membro da "Health of Towns Commission" e da "Public Health Commission" - abrangia desde a realização de extensas pesquisas de campo, que resultaram em importantíssimos relatórios (dos quais o mais famoso, tido como a primeira obra epidemiológica é o "Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain") até a elaboração de leis e regulamentações, e também a fiscalização das mesmas e a implementação dos meios necessários para seu efetivo cumprimento. Assim, é a partir desta época que se inicia uma efetiva ação de saúde pública, corretamente orientada pelo ponto de vista de que as condições sócio-econômicas são as determinantes dos níveis de saúde de qualquer população, e que, justificado em bases econômicas, o Estado deveria tomar as medidas necessárias para a melhoria das condições de vida.

Visto este quadro geral da saúde e da atuação à saúde na época, cabe agora refletir sobre o pensamento econômico produzido neste período de implantação do capitalismo industrial: este é o momento em que se constitui a Economia Política enquanto campo de um saber específico.

A constituição desta nova ciência se faz através da construção de uma teoria do valor-trabalho e de uma teoria da produção e da repartição da renda.

Não se pode afirmar que os economistas clássicos ou Marx tenham pensado com profundidade a questão da saúde como objeto da ciência econômica então nascente. Entretanto, desenvolveram uma série de instrumentos importantes para a reflexão sobre a interação entre atividades econômicas e saúde das populações. A questão da saúde - sem constituir-se em objeto específico do seu pensamento econômico - aparece de modo implícito com alguma frequência, principalmente ligada às suas análises populacionais, à questão do mínimo de subsistência e ao processo de trabalho.

3. Pensamento econômico na Revolução Industrial. Suas contribuições para a reflexão sobre a questão da saúde

A Economia Política é a ciência do capitalismo. É justamente quando a atividade econômica assume importância crucial na organização social, quando assume a posição de atividade dominante e determinante, que as explicações anteriores sobre a produção e alocação dos recursos podem ser criticadas, em busca de uma explicação lógica e articulada para o funcionamento da sociedade que então se estrutura.

Os autores que hoje chamamos de "clássicos" não se dedicaram apenas à elaboração de um pensamento sobre a problemática econômica. Dividiam suas preocupações entre muitos temas, como a lógica, a ética, a filosofia - que, também estas, não tinham à época o significado rigoroso que lhes atribuímos atualmente. Tampouco - como é óbvio - eram economistas profissionais, no sentido moderno. Desta forma, contrariamente à especialização que se estabelece posteriormente, o pensamento econômico era desenvolvido numa maneira em que o todo social era considerado conjuntamente. Ademais, participavam ativamente da construção da sociedade em que viviam, opinando sobre as questões políticas, sugerindo modificações legais e institucionais, atuando assim não só no campo da Economia Política, como também no da política econômica.

Quanto ao que nos interessa diretamente, não é possível afirmar que os clássicos tenham mostrado maiores preocupações com o tema. Desenvolveram, entretanto, uma série de instrumentos importantes para a reflexão econômica sobre a saúde. Este ponto estava apenas pressuposto em suas análises, surgindo não por si mesmo, explicitamente, mas sob a capa de outros temas, como a reprodução da força de trabalho, o mínimo de subsistência, etc.

Os economistas clássicos centraram sua análise na estrutura produtiva e alocativa com o objetivo de demonstrar a superioridade do capitalismo sobre o artesanato e a manufatura. Adam Smith, por exemplo, procurou chamar a atenção para a divisão social do trabalho, que permite ver o processo de troca de bens e serviços como um processo social, no qual o trabalho é apontado como medida real do valor daqueles bens; a nível interno da produção, destaca a divisão técnica do trabalho, pela qual cada trabalhador se especializa-

se em uma determinada atividade do processo produtivo, com efeitos positivos sobre a produtividade do trabalho. Posteriormente, com Marx, e já neste século, com autores como Berlinguer (11) a questão da especialização e do trabalho fabril serão analisados considerando-se a questão do trabalho como determinante do nível de saúde.

O desenvolvimento de uma teoria do valor-trabalho por Adam Smith e David Ricardo não só é um momento importante para o desenvolvimento de suas teorias em geral, como também tem implicações fundamentais para a análise da questão da saúde. Enunciar que o valor emana do trabalho e não da terra ou da troca, é deslocar a atenção para o processo de produção, para o centro mesmo do movimento social e econômico.

Articulada a esta teoria do valor, desenvolve-se uma teoria de distribuição da renda, elaborada principalmente por Ricardo. Como se sabe, o que Ricardo fez foi discutir como ia se alterando a participação das classes sociais na renda nacional durante o processo de desenvolvimento econômico. O crescimento econômico e da população, ao forçar o uso de novas terras, menos férteis, fazia surgir a renda diferencial, aumentando assim a participação relativa, na renda, dos proprietários de terra, reduzindo os lucros dos capitalistas e mantendo os salários dos trabalhadores a nível da subsistência (historicamente determinado) ou até mesmo, eventualmente, abaixo dele. Não só por isso, como também porque a introdução da maquinaria poderia desempregar trabalhadores, como mostrou Ricardo, o pensamento dos clássicos aponta no sentido de identificar oposições entre o nível de vida das populações e o crescimento econômico em condições capitalistas.

Na determinação do nível mínimo de subsistência - aquele que permite à classe trabalhadora reproduzir-se e expandir-se segundo as necessidades de expansão do sistema - aparecem, de maneira implícita, as noções de saúde (fundamental para a determinação da capacidade de trabalho) e as de mortalidade e natalidade. Assim, embora não trabalhassem com o conceito propriamente dito, os clássicos preocupavam-se com os efeitos da saúde e de seus agravos.

A questão da saúde, para estes pensadores, jamais aflora à superfície. Não se pensa em mortalidade, como também não se pensa em qualidade da vida, em níveis de saúde. Pensa-se, porém, em subsis-

tência, ou seja, no simples sobreviver, sendo a vida um dado que não é qualificado.

Outro aspecto que preocupou os clássicos, e que se relaciona de alguma forma com a questão da saúde, é o problema do crescimento populacional. É aqui o primeiro nome que vem à lembrança é certamente o de Malthus, com seu trabalho Essays on Population, onde pela primeira vez se sistematiza uma teoria geral da população. Ao supor uma rígida dependência entre crescimento populacional e oferta de alimentos, a teoria malthusiana deu apoio à idéia dos salários de subsistência, e, ao explicar a pobreza em termos de uma corrida entre população e meios de subsistência, forneceu a pedra angular para o pensamento clássico acerca da política econômica. E aqui, mais uma vez, embora não apareça explicitamente, a questão da saúde e da mortalidade é elemento fundamental.

Para Malthus, o controle da natalidade se impunha, uma vez que segundo ele, o crescimento populacional se dava em progressão geométrica, ao passo que o crescimento da oferta de alimentos avançava em progressão aritmética, o que terminaria por levar à generalização de um estado de miséria e fome.

Para Ricardo, os aumentos salariais numa etapa em que o crescimento populacional fosse inferior ao da economia provocaria, num período seguinte, um aumento da taxa de reprodução das famílias, em decorrência da melhoria do nível de vida. Em consequência disso, a taxa de crescimento populacional tenderia a superar a de crescimento econômico a tais níveis que o excedente de mão-de-obra poderia provocar a fome. (Mais uma vez, a questão da saúde, da mortalidade e da morbidade aparecem brutas, não vistas, mas nem por isso menos fundamentais para o desenvolvimento econômico). Ricardo aliou a lei populacional de Malthus à sua teoria apresentada dos rendimentos decrescentes da agricultura para explicar os salários a nível de subsistência como uma característica do sistema capitalista por ele analisado; e emendou ao mesmo tempo a atenção para o fato de que o trabalhador entrava na categoria de super-população não pela existência ou não de meios de subsistência, mas sim pela existência ou não de emprego.

Marx, posteriormente, criticaria Malthus por ter considerado a superpopulação como um estado uniforme ao longo da história, sem se dar conta das especificidades dos distintos modos de

produção. Postulou que cada modo de produção tem suas leis próprias de crescimento populacional e de geração de uma super-população, sendo esta última sinônimo de pauperismo:

"A população não é determinada por um limite absoluto na produtividade dos alimentos. Pelo contrário, são as condições determinadas de produção que lhe fixam os limites e determinam também o nível da super-população" (12).

Mas não cabe aqui um aprofundamento da crítica à teoria populacional de Malthus. Para tal, além da obra citada de Marx, Blaug (1962) e Schumpeter (1964) são autores a que se pode recorrer.

Infelizmente, a falta de precisão da teoria populacional de Malthus parece não constituir motivo suficiente para que ele deixe de ser invocado atualmente no contexto dos países subdesenvolvidos. Menos destacada, porém mais importante para nossos propósitos, é sua visão das influências sócio-econômicas sobre a saúde. Com efeito, a citação abaixo deve bastar para deixar clara a sua crítica "ecológica" à industrialização e à urbanização.

"Nos territórios do interior, onde a agricultura é a única ocupação, e onde não se conhece nem os vícios nem os trabalhos malsãos das cidades, a população dobra a cada quinze anos. E este crescimento naturalmente rápido seria ainda maior se a população não tivesse de enfrentar nenhum obstáculo. Para desbravar uma região nova, o homem deve produzir um trabalho excessivo em condições frequentemente insalubres. Os obstáculos destrutivos que se opõem ao crescimento da população são muito variados. Englobam todos os fenômenos que tendem a abreviar, pelo vício ou pela infelicidade, a duração natural da vida. Pode-se classificar assim os ofícios malsãos; os trabalhos rudes, penosos ou expostos à inclemência do tempo; a extrema pobreza; a má alimentação das crianças; a insalubridade das grandes cidades; os excessos de todos os generos; enfim, as doenças e as epidemias, a guerra, a peste e a fome." (13)

Não parece dúvida de que Malthus já possuía, embora de maneira não elaborada nem detalhada, uma noção de determinação social da doença. Sem deter os conhecimentos necessários, inexistentes na época, Malthus poderia, entretanto, alinhar ao lado de hoje em dia ao lado dos que vêm na pobreza e nas más condições de trabalho e de vida as principais causas das doenças.

Mas é no pensamento de Marx, mais do que em qualquer outro autor precedente, onde se pode encontrar significativas reflexões diretamente relacionadas com a problemática da saúde. Isto se deve basicamente a duas razões: a primeira é que Marx e Engels assumem uma posição ideológica de defesa da classe operária; a segunda, é que metodologicamente assumem a postura de analisar a sociedade como um todo: embora dando primazia aos aspectos econômicos na determinação da estrutura social, vêem as questões econômicas, políticas e ideológicas como intimamente entrelaçadas.

A relação social fundamental é a que se estabelece entre capital e trabalho. É no processo de produção que se enraizam, em última instância, as determinações sociais da saúde e da doença em dois planos inseparáveis, determinados ambos pelo processo de produção: a parcela do valor produzido que cabe aos trabalhadores, consubstanciada no salário que lhes é pago e na oferta de bens coletivos de que a sociedade dispõe; e as condições do próprio processo de trabalho.

No que diz respeito ao primeiro aspecto, Marx não parte da distribuição do produto social para determinar um nível de salário e de subsistência, como faz Ricardo. Inverte o sentido do raciocínio e parte das relações de produção, que terão como consequência a determinação daquele nível de subsistência. Este variará historicamente. Nos momentos iniciais do desenvolvimento do capitalismo - a que Marx assistiu - e, mais tarde, no quadro das economias capitalistas subdesenvolvidas, a tendência era a de reduzir tanto quanto o possível os níveis salariais e de subsistência. À medida em que o capitalismo amadurece, entretanto, duas forças agem no sentido da melhoria de tais níveis: economicamente, a ampliação e barateamento da produção de bens de consumo proporcionados pela elevação da produtividade do trabalho exige a criação de novos consumidores, obtida através da melhoria dos níveis salariais. Ao mesmo tempo, a progressiva organização da classe operária faz com que ela se torne capaz de lutar econômica e politicamente por seus interesses, contrapondo-se aos capitalistas e obtendo vantagens salariais.

A questão da subsistência, portanto, não está ligada apenas ao salário. O funcionamento do capitalismo exige que ao lado dos trabalhadores empregados exista uma massa de desempregados,

um exército industrial de reserva composto de trabalhadores não qualificadas dispostos a se engajarem na produção, sem entretanto encontrar meios para tal, pela insuficiência da demanda de força de trabalho. Tal exército industrial de reserva vive, evidentemente, em condições muito inferiores às dos trabalhadores empregados, apresentando, por conseguinte, taxas de mortalidade e morbidade muito superiores às daqueles.

A subsistência manifesta-se também na questão dos meios de consumo coletivo, tais como saneamento, atenção médica, transportes coletivos, habitações populares, etc. Tais elementos, cruciais para a prevenção e recuperação da saúde, não apenas dependem das conquistas obtidas pela classe operária em suas lutas, mas também são determinados pelo próprio processo de produção: o tipo de atenção à saúde fornecido, por exemplo, vai depender basicamente do estágio de desenvolvimento capitalista, sendo atualmente orientado, como se verá mais adiante, não pelas necessidades daqueles a quem atende, mas pelo interesse da valorização do capital das indústrias ligadas ao setor - medicamentos, equipamentos médicos, etc.

Mas as relações de produção e de trabalho não agem sobre a saúde apenas pelo lado do salário e portanto do consumo do trabalhador. A saúde do proletário será afetada também pelo processo de trabalho a que ele está submetido. Tais efeitos se dão sob múltiplas formas, desde a pressão capitalista pela extensão ao máximo da jornada de trabalho, na busca de apropriação de mais valia absoluta, até a utilização de máquinas e equipamentos que, sem considerar os efeitos sobre a saúde dos trabalhadores, elevem ao máximo a produtividade do trabalho, na busca de extração da mais valia relativa. Sempre que exista uma massa considerável de operários formando um exército industrial de reserva, e sempre que as condições políticas e institucionais assim o permitirem, os capitalistas não mostram a menor preocupação com a saúde dos trabalhadores, com as condições da força de trabalho. Na forma de produção industrial, em que o ritmo da vida e do trabalho é dado pela máquina, da qual o trabalhador é mero apêndice, não há a essencialmente nenhuma relação entre melhoria de saúde e aumento de trabalho, valor produzido. Pode, aliás, ocorrer exatamente o contrário: certas condições físicas e mentais serem favoráveis ao melhor desempenho das tarefas.

"A duração da jornada de trabalho é também limitada por fronteiras extremas, se bem que elásticas. Seu limite final é o da força física do homem que trabalha. Se o esgotamento diário de suas forças vitais passa de um certo grau, esta força não poderá se exercer de novo dia após dia. E gerações com a saúde deficiente, de vida curta, que se sucedam rapidamente, apovisionam o mercado de trabalho com tanta continuidade quanto uma série de gerações vigorosas." (14)

Para Marx, a grande indústria capitalista é prejudicial à saúde dos trabalhadores. A máquina dá o ritmo do trabalho, a máquina expelle resíduos nocivos, a máquina golpeia as mãos de seus operadores. A máquina é constantemente conservada e reparada. Mas a conservação e reparação da saúde dos trabalhadores só se dá quanto as condições políticas -- organização institucional dos trabalhadores -- ou econômicas -- escassez de mão-de-obra ou alto custo de reposição da mesma -- assim o obrigam.

Em O Capital, principalmente nos capítulos "A jornada de trabalho", "A divisão de trabalho e a manufatura" e "Maquinaria e grande indústria", a questão da saúde se constitui em elemento da análise econômica. Citando estatísticas da época, e relatórios oficiais sobre a saúde e os níveis de mortalidade, Marx mostra não só como em determinadas indústrias a doença e a morte se fazem mais presentes, como também os efeitos cotidianos de embotamento e destruição das qualidades físicas e mentais provocados pelo processo de trabalho. A radical transformação econômica e social trazida pelo capitalismo desorganizara as relações pessoais, familiares. A venda da força de trabalho feminino e infantil tornara-se uma necessidade para os trabalhadores e uma vantagem para os capitalistas. Seus efeitos sobre a reprodução humana e sobre as relações familiares são examinados.

Como se vê, Marx vai mais adiante do que foram seus antecessores, na medida em que incorpora em sua análise a questão da mortalidade, da morbidade, etc. Faz, além disso, uma análise muito mais cuidadosa das relações entre processo de trabalho e saúde, apresentando um impressionante conjunto de informações sobre condições específicas de trabalho. Entretanto, observe-se, tais elementos não se diferenciam essencialmente das análises anteriores; com efeito, não é preciso ser especialista em saúde ou pensador econô-

mico para se perceber a existência de inter-relações entre pobreza e doença, entre condições de trabalho e condições de vida. O que destaca-se, então, na contribuição de Marx?

Parece que o que há a destacar nesta análise é a relação apresentada entre saúde e processo capitalista de produção, e não apenas entre saúde e o processo industrial. Com efeito, a produção industrial, em qualquer sistema econômico, resulta em agravos sobre a saúde dos operários; mas é o fato de se dar num sistema capitalista que faz com que a lógica econômica se manifeste sem nenhum elemento de correção automática a esta situação. As correções, assim, se darão a nível político: seja por uma luta específica dos trabalhadores por melhores condições de trabalho, seja através da criação, por estes mesmos processos políticos, de uma ideologia, a nível das classes dominantes, que incorpore o cuidado à saúde como direito dos trabalhadores.

Desta forma, não parece haver dúvida que a saúde, enquanto tal, não se apresenta como elemento explícito da análise econômica, estando, na verdade, embutida nos conceitos de reprodução da força de trabalho, padrão de vida da população, nível mínimo de subsistência. Mas de isto é verdade para a questão da saúde, o que dizer da questão da relação à saúde?

Aqui a análise torna-se um pouco mais complexa, na medida em que à época em que se analisamos, ainda não haviam sido analisados, de modo socialmente significativo, os serviços de atenção à saúde, que passam a existir a nível da organização da Polícia Médica — apenas em finais do século XIX. Mas será mais evidente que a reflexão econômica sobre a saúde só se estabelecerá claramente quando tais sistemas de atenção à saúde passarem a ser tratados de forma sistemática e é sobre eles que se deturpa, por exemplo, o pensamento neoclássico.

4. O pensamento neoclássico

A constituição de um pensamento econômico voltado para as questões de saúde só se dá a partir dos neoclássicos, que vão pensar este problema a partir do exame das questões da atenção à saúde. As contribuições teóricas que se desenvolverão serão o fruto da inserção

questão da saúde no quadro dos problemas "legítimos" em economia, o rigor no tratamento e no detalhamento do problema geral. Os prejuízos maiores são a perda de uma visão global, a entronização de certos preconceitos, o etnocentrismo exacerbado.

A constituição deste ramo específico de saber econômico se dá quando o setor da atenção à saúde, ao ganhar mais eficiência — após a 2a. Guerra Mundial — ganha também maiores dimensões econômicas e financeiras, assumindo importância como fator de mobilização de recursos. Crescem, por trás dos aparatos de prestação de serviços específicos, ramos industriais a eles ligados — produtores de fármacos, equipamentos médicos, etc. — assim como cresce também, nos países industrializados, a parcela da renda familiar gasta no consumo com a recuperação da saúde.

Os neoclássicos, entretanto, não estão atentos a estes reflexos macroeconômicos. Sua preocupação é apenas microeconômica, quase administrativa:

"Indústria de saúde é o campo de investigação cujo tema é o uso ótimo de recursos para o cuidado de doentes e a promoção da saúde. Sua tarefa é avaliar a eficiência da organização dos serviços de saúde e sugerir meios de melhorar sua organização" (15).

Uma definição narrativa, dizia Milton Friedman.

A estreiteza desta definição deve-se principalmente ao temor — sempre profundo, nos neoclássicos — de se mover às voltas com categorias demasiadamente amplas, excessivamente fluidas. Excesso e demasia a partir de seu ponto de vista, na realidade, definidos pela necessidade que lhes impõe ser instrumental, de só trabalharem com categorias "operacionalizáveis". Restringem a questão da saúde à análise da indústria do cuidado à saúde, atribuindo a esta, na prática, as determinações dos níveis de saúde da população. Tornar-se assim os ideólogos do capital desta indústria, e constroem os arcos que serão manipulados para o direcionamento dos recursos estatais a esta área. Seu pensamento reflete a etapa por que passam as relações capitalistas em geral e os processos capitalistas específicos da indústria de cuidado à saúde, etapa em que a existência desta indústria se justificará não apenas por seus efeitos sobre a reprodução da força de trabalho, mas também pela acumulação do capital no setor em si.

Os neoclássicos, assim, presos pela própria ideologia que constroem, deixam de lado não só os elementos de reprodução do capital no setor saúde, como também todos os outros fatores a influenciar os níveis de saúde da população. Mas isto não se dá inconscientemente, como se conhece a incansável obra Mushkin no mesmo trabalho:

"A promoção da saúde potentemente envolve mais do que os serviços dos processos médicos. Inclui alimentação, habitação, recreação, e vestuário; mas apesar destes contribuírem significativamente para a saúde e o bem-estar, devem ser excluídos do escopo dos estudos de economia de saúde. A não ser que sejam excluídos, estes estudos implicam em todas as atividades econômicas e os problemas especiais da economia de saúde receberiam um tratamento inadequado. Apesar do escopo da economia de saúde poder ser delimitado desta forma, deve-se levar em conta os usos competitivos de recursos escassos, o impacto dos níveis econômicos e do crescimento econômico sobre o estado de saúde, e a necessidade dos serviços de saúde." (12).

As contradições presentes neste parágrafo não são, para infelicidade desta escola, as únicas que ela tem de resolver. Se a "promoção da saúde" não é consequência exclusiva dos efeitos dos serviços de atenção à saúde, como dar validade aos procedimentos habituais dos neoclássicos, que comparam dispêndios em atenção à saúde com pretensos retornos medidos em termos do prolongamento das vidas humanas? E mais: como dar conta dos efeitos iatrogênicos da atenção à saúde, dos prejuízos que direta e indiretamente ela pode causar à saúde das populações, mostrados por vários autores, entre eles Illich (1975), Dupuy (1974) e outros?

À reflexão neoclássica aborrece a ampliação da categoria saúde. Assim, embora não privilegiem a análise dos efeitos da atividade produtiva sobre a saúde das pessoas, avaliam os efeitos da atenção à saúde em termos do desempenho da atividade econômica, do ganho em termos de tempo de trabalho, de produtividade, etc. Uma das críticas básicas que se pode fazer aos neoclássicos é esta postura de tudo reduzir às mais mesquinhas dimensões "econômicas". Como pensamento reflexo da sociabilidade capitalista, a escola neoclássica legítima e fornece o instrumental para que nesta sociedade regida pelo lucro e pelos interesses capitalistas, tudo seja reduzido à sua expressão contábil. Saúde, componente básico da vida,

reduz-se a simples capacidade produtiva. No caso em questão, o esforço neoclássico para definir as despesas com a atenção à saúde como um gasto de investimento — portanto capaz de apresentar um retorno — e não de consumo, mostra a visão capitalista do mundo:

"A saúde pública é uma empresa comercial. A este título, ela está sujeita às leis ordinárias do comércio, pode ser estimada segundo os critérios comerciais e comparada a outros aspectos da atividade econômica. As cidades, os departamentos, os Estados e a nação não possuem fundos ilimitados para os diversos setores de investimento. A utilização destes fundos será necessariamente decidida em função dos melhores dividendos."

E ainda:

"A limitação às despesas monetárias atuais é digna de ser frisada em nosso estudo, pois os custos não monetários, psico-afetivos, relativos à doença e à morte, lhes poderiam ser superiores. Nossa distinção entre monetário e não-monetário não implica numa categorização conceitual dos custos. Ela sugere que certos custos (ou perdas) devidos à má saúde podem ser redutíveis a tal medida; enquanto outros (os das consequências psicológicas da doença e da morte), se bem que possíveis em princípio, devem esperar por desenvolvimentos mais amplos no campo teórico." (17)

O projeto neoclássico, assim, é reduzir a seu valor de troca não importa que aspecto da atividade humana, quer dizer, de avaliar em termos de mercado e de produção a incidência de uma emoção, as modulações de uma paixão, a rentabilidade de um sonho, nas palavras de Polack.

Mas é necessário avançar mais na análise dos neoclássicos. Estes, ao se aproximarem da problemática da atenção à saúde tiveram de enfrentar os sérios problemas decorrentes do que, em seu modo de ver, seriam peculiaridades do mercado de atenção à saúde. Em seus próprios termos:

Do lado da oferta, tem-se que o lucro não é um motivo adequado como explicação para o "mercado". Isto porque a atenção à saúde vem sendo, tradicionalmente, prestada em grande parte por instituições públicas ou não-lucrativas. Em segundo lugar, alguns serviços de saúde não podem ser apreçados no mercado, e portanto a preferência da sociedade pelos mesmos não pode ser avaliada adequadamente. Medidas de controle de poluição e de combate a insetos são

exemplos destes serviços. Ademais, dadas as características históricas dos serviços médicos, o sistema de preços não pode aí ser aplicado em pelo menos dois casos: os incapazes de pagar não são — pelo menos em princípio — excluídos do cuidado; e a segurança da sociedade e a saúde pública algumas vezes exigem o conhecimento direto do serviço e a remoção do indivíduo da comunidade. Em terceiro lugar, a alocação dos serviços de saúde é determinada por uma mistura de decisões de mercado e decisões administrativas, já que nas nações ocidentais prevalece, desde há muito, a noção de que o Estado tem como obrigação a prestação de pelo menos alguns serviços médicos. Em quarto lugar, vem se firmando cada vez mais o padrão ocidental de uma terceira parte pagadora — Estado ou algum tipo de seguro — levando a um não controle dos custos de produção.

Do lado da demanda, algumas características fazem com que o mercado seja anômalo. Os consumidores não escolhem entre serviços de saúde e outros bens e serviços através de uma ponderação racional de opções, pois o consumidor prefere geralmente evitar as doenças a seu tratamento. Por outro lado, em todos os grupos de renda existe uma grande concentração de recursos em cuidados médicos nas famílias que sofrem doenças, sugerindo que nestes casos os dispêndios são realizados primariamente para curar ou prover serviços para os doentes, distorcendo os padrões familiares de consumo.

Outro problema é a falta de conhecimento do consumidor, que não consegue julgar a qualidade dos serviços prestados, já que as informações essenciais lhe são sistematicamente negadas. Ademais, se ele escolhe o médico, não determina quem e quais serviços, ou cuidados, vai comprar. É normalmente o médico quem determina que tipo de serviços vai prestar ao paciente, além de prescrever outros bens e serviços, como medicamentos e hospitalização.

Como características relativas à interação entre oferta e demanda, tem-se ainda o fato de que na compra individual de diversos serviços médicos ocorre uma utilidade social. Estas "economias externas", ou "benefícios extracomprador" se apresentam na compra de serviços de saúde para a prevenção ou cura de doenças contagiosas e são instâncias em que a demanda individual e o preço de mercado subestimam os benefícios totais e marginais.

Além destas características, Arrow (1973) chama a atenção para o fato de que os serviços médicos e de educação são, fre-

plentemente, produtos conjuntos, o que traz uma dificuldade adicional ao já nada simples mercado de serviços de saúde. Fuchs (1973) lembra ainda as barreiras à entrada no mercado de prestação de serviços de saúde.

Os neoclássicos, entretanto, por vezes cedem à tentação de efetuarem análises macroeconômicas das questões de saúde. E, embora reconheçam (como o fazem Fuchs, Mushkin e Arrow) as múltiplas influências da sociedade sobre o estado de saúde, não conseguem aprofundá-las analiticamente. Assim, lançam as determinações sócio-econômicas à conta vaga de "ambiente externo": registram o fato, mas não o analisam. Por outro lado, a saúde das populações é aí encarada exclusivamente como condição para o trabalho. As demais implicações da saúde e da doença sobre o ser humano são deixadas de lado. Apenas alguns, mais corajosos, como Thedie e Abraham, citados por Mushkin (1975), ousam apreçar o "sofrimento afetivo da nação causada pela perda de um de seus cidadãos", ou "a pedra da capacidade de gozar a vida causada por um acidente". É nestas tentativas que vêm à luz claramente as limitações da análise neoclássica: saúde é vista como capacidade de desempenhar funções produtivas; saúde, analiticamente, não é vista como sendo determinada pela estrutura sócio-econômica; a melhoria de saúde é vista como uma função direta da estrutura de atenção à saúde; e nesta, não se vê o movimento do capital.

Já na análise do aparelho de atenção à saúde, lugar privilegiado pelos neoclássicos para os estudos em "economia da saúde", seus objetivos voltam-se principalmente para:

1. Operacionalização de unidades de atenção médica. Na verdade, são utilizadas aqui técnicas de administração e gerência, válidas para quaisquer unidades produtivas, buscando a maximização de lucros - ou benefícios - ou a diminuição dos prejuízos - ou custos.

2. A um nível mais amplo, e no quadro da economia do bem-estar, vêm sendo desenvolvidas algumas aplicações ao campo da saúde, levando em conta conceitos como risco e incerteza. Arrow, no trabalho já citado, nos dá alguns exemplos das dificuldades conceituais enfrentadas.

3. Mas o caminho que os neoclássicos têm desenvolvido com mais empenho é aquele relacionado ao conceito de capital humano.

Notadamente a partir da década de 50 os economistas desta corrente mostram preocupação em analisar não só a quantidade de recursos empregados no desenvolvimento econômico, mas também sua qualidade, especificamente a dos recursos de trabalho, focalizando o "volume de educação incorporada", o "treinamento" e a "atenção à saúde". Os dispêndios nestes serviços são vistos como investimentos em capital humano e suas taxas de retorno são analisadas em termos de contribuições para o crescimento econômico e para a capacidade individual de ganho. Tal procedimento dá suporte ideológico à noção de que a saúde é funcional para o processo de acumulação e produção, e seus métodos tendem a se tornar a base analítica para a determinação política do nível apropriado de dispêndios em atenção à saúde.

A discussão sobre o caráter das despesas em atenção à saúde — se consumo ou investimento — define-se geralmente por esta última alternativa, com base na suposição de que tais gastos trazem um retorno. Desenvolveram-se sofisticadas análises do tipo custo-benefício, onde os custos, naturalmente, são os dispêndios efetuados com a instalação e manutenção da unidade ou sistema de atenção à saúde, e os benefícios, o tempo de trabalho adicional ganho pela sociedade com o decréscimo da taxa de mortalidade e de morbidade. Para tal avaliação torna-se necessário atribuir um preço à vida humana, que é calculado considerando-se o salário médio multiplicado pelos anos de vida "ganhos" com a efetivação da atenção médica.

Podem-se fazer várias críticas a tais procedimentos. Para começar, em poucos casos é possível dizer-se com precisão que a melhor atenção à saúde seja responsável por uma melhoria nos níveis de mortalidade e morbidade. Na verdade, um número cada vez maior de autores vêm mostrando com clareza que a atenção à saúde não só é ineficaz, como pode ser até mesmo prejudicial. Illich (1975) e Barral (1977), por exemplo, apresentam comparações internacionais em que os níveis de saúde reagem inversamente à ampliação da rede de atendimento; Illich, aliás, vai mais além, criticando o caráter intrinsecamente patogênico da atenção à saúde no Ocidente.

Mas mesmo sem considerar este aspecto danoso da atenção à saúde, a análise é ainda assim estreita, quando se tem a perspectiva global do funcionamento da economia. A nível macro, as decisões de instalação e funcionamento do setor de atenção à saúde têm

uma importância crucial para determinadas atividades produtivas, criadoras dos insumos do setor. O que é designado genericamente como custo, traduz-se numa série de demandas por diversos produtos, tais como edificações, equipamentos, medicamentos. Esta análise restrita elide o fato de que os custos para o Estado, e portanto para a população em geral, encontram formas de se transformar em benefícios para certos setores sociais.

Demais disso, não se consideram aí dois fatores importantes. Em primeiro lugar, os efeitos que estes dispêndios - sobre os quais o Estado tem grande influência e que podem assumir montantes significativos - têm em termos de evolução da demanda agregada. Em segundo lugar, o crescimento exponencial dos custos da atenção médica (18), não são correspondidos em termos de sua eficiência e parecem disfarçados, na análise custo-benefício, pela melhoria nos níveis de vida trazida pelo aumento da renda, das condições de saneamento e habitação, etc.

A outro nível de crítica, os neoclássicos podem ser acusados de reiteradamente incorrerem em raciocínios etnocêntricos. Seu modelo é aplicado indistintamente a qualquer sociedade em qualquer tempo, sem consideração pelos fatores históricos e culturais. Fazem complicados cálculos para avaliar os ganhos em vidas humanas, sem considerar sequer por um momento que, caso seu raciocínio estivesse correto, o aumento em termos de sobrevivência humana certamente traria modificações no interior da própria sociedade e que não seriam apenas econômicas. Pressupõem uma oferta elástica de emprego, de tal modo que os "sobreviveres" sempre estariam empregados. Ao aplicarem tal raciocínio a economias subdesenvolvidas, onde não se pode fazer tal pressuposição, a consequência é uma recomendação pelo controle da natalidade, movidos pelo temor do aumento da população faminta do Terceiro Mundo.

As falhas inerentes ao raciocínio neoclássico sobre o problema da saúde inviabilizam-no como instrumento de entendimento da questão a que se propõem - a atenção à saúde. Mas a análise realizada tem um efeito e um propósito ocultos: o problema da saúde, vai reduzir-se ao problema da atenção à saúde.

O que estará em jogo aí serão os interesses do capital enquanto investido neste setor e não os níveis reais de saúde da

população que dependem de inúmeros outros fatores. Ademais da função ideológica de alçar o "capital humano", pela via da ação estatal, a uma valorização harmônica ao lado do capital em geral.

Com isso, só muito recentemente é que a patogênese da sociedade capitalista vem sendo responsabilizada por seus efeitos de letérios sobre a saúde das populações. Também nesta área são verdadeiras as palavras de Lessa:

"Não foi por inadvertência que a 'ciência oficial' imprimiu às suas barrocas construções sobre o conceito de Política Econômica a tonalidade irreal; foi, pelo contrário, um ato le-bom-sensé, de sabedoria oficial" (19).

5. Saúde e Subdesenvolvimento

A questão dos subdesenvolvimentos nacionais, posta de forma inescapável a partir da 2a. Guerra Mundial foi, como se sabe, objeto de reflexão por parte dos economistas neoclássicos. Para entender como se insere a saúde no quadro da reflexão ortodoxa sobre o subdesenvolvimento, parece um caminho adequado partir de um paradigma deste tipo de análise, ou seja, o modelo de Rostow (20).

Neste, o processo de desenvolvimento econômico aparece como a passagem da sociedade tradicional à maturidade industrial, a passagem para um estágio de progresso econômico auto-sustentado. Nesta passagem, configuram-se dois momentos: condições prévias para a decolagem e a decolagem.

As primeiras abrangem: adequação da agricultura ao setor moderno (capitalista industrial), desenvolvimento do capital social básico - principalmente transportes e comunicações - e finalmente, transformações de ordem não econômica, referentes ao surgimento de uma "elite", que deve ter amplo campo de ação, preocupada com a formação de uma sociedade industrial moderna.

A decolagem se caracteriza por: 1º) um aumento da taxa de inversão produtiva de 5% ou menos, para 10% ou mais da Renda Nacional (ou Produto Nacional Líquido); 2º) o desenvolvimento de um ou mais setores essencialmente manufatureiros com alta taxa de crescimento; 3º) a existência, ou rápida criação, de estruturação po-

lítica, social e institucional que aproveite os estímulos da expansão no setor moderno.

Aqui a questão prioritária do desenvolvimento econômico é o aumento da taxa de poupança interna e a acumulação de capital sob forma industrial. A questão crucial do desenvolvimento, então, é o investimento, o crescimento do capital produtivo, permitindo a ampliação do excedente, que, traduzindo-se em maiores lucros, resultaria em novos investimentos, e assim sucessivamente.

A não ocorrência de uma "revolução industrial" na maior parte dos países subdesenvolvidos levou à procura de explicações, dentro ainda dos padrões acima esboçados, e à inclusão de novos fatores explicativos nos modelos teóricos. Desenvolve-se uma teoria do capital humano, a que já se fez referência em passagem anterior: nesta, o problema do desenvolvimento é não apenas uma questão de formação de capital produtivo - no sentido de existência de meios materiais, máquinas e equipamentos - mas também uma questão referida à qualidade do trabalho. Com isso, a educação e a saúde da população passam a ser tidas como elementos importantes no processo de desenvolvimento econômico.

Entra em cena, então, o conceito de "círculo vicioso":

"O conceito, envolve, naturalmente, uma constelação circular de forças, que tendem a agir e a reagir independentemente, de sorte a manter um país pobre em estado de pobreza. Não é difícil encontrar exemplos típicos dessas constelações circulares. Assim, um homem pobre talvez não tenha o bastante para comer, sendo subnutrido, sua saúde será fraca; sendo fraco, sua capacidade de trabalho será baixa, o que significa que será pobre, o que, por sua vez, implica dizer que não terá o suficiente para comer; e assim por diante. Uma situação dessas, aplicada a todo um país, pode reduzir-se a uma proposição truística: 'um país é pobre porque é pobre'" (21).

Este mecanismo explicativo tem sido alvo de críticas. Nem por isso deixa de constituir um elemento importante no campo da teoria econômica convencional, na medida em que significou um afastamento dos padrões habituais da análise ortodoxa que traça uma linha definida entre os problemas econômicos e sócio-econômicos. Há um reconhecimento implícito da interrelação entre os fatores sociais.

"Aceitando-se o realismo da hipótese da causalidade circular, certas conclusões gerais podem ser tiradas e vale a pena expô-las neste momento. De início, é inútil buscar um fator predominante, um fator 'básico', tal como 'fator econômico'. (...) A aplicação desta hipótese conduz qualquer estudo realista bem além das fronteiras da teoria econômica tradicional. Há necessidade de estender o estudo, também, aos denominados 'fatores não-econômicos' em que os economistas clássicos agrupam conceitos tais como a 'qualidade' de fatores de produção e eficiência da produção" (22).

A idéia do círculo vicioso, contudo, não mitiga a a-historicidade da análise do subdesenvolvimento. Mas, como já ficou dito, significa para alguns teóricos o reconhecimento de que as coisas não se passam como no plano das hipóteses abstratas; o campo do econômico é qualificado, e se raciocina com a hipótese da interrelação social.

Buscando meios para se romper a "barreira do atraso" Myrdal desenvolve dialeticamente a idéia de "círculo vicioso", transformando-a no conceito de "causação circular", ou seja: assim como os fatores "negativos" influenciam para que o desenvolvimento econômico não se processasse, também poderia se dar o inverso:

"É importante ter em mente que, se a hipótese da causação cumulativa se justifica, um movimento ascendente do sistema inteiro pode resultar de medidas aplicadas neste ou naquele de seus pontos; mas isto não equivale a dizer que seja indiferente, do ponto de vista prático ou político, onde e como atacar o problema do desenvolvimento.

Quanto mais conhecemos a maneira pela qual os diferentes fatores se interrelacionam — os efeitos que a mudança primária de cada fator provocará em todos os outros — mais seremos capazes de estabelecer os meios de obter a maximização dos resultados de determinado esforço político, destinado a mover e alterar o sistema social.

É improvável, todavia, que uma política racional se realize pela mudança de um fator apenas. Se, de um lado, essa teoria sugere a impossibilidade prática de panacéias, por outro, encoraja o reformador. O princípio da acumulação — a medida que é verdadeiro — enseja efeitos finais de magnitude muito maior do que os esforços e o custo das reformas" (23).

Nas próprias palavras de Myrdal, trata-se de um princípio pelo qual é possível a um país subdesenvolvido "levantar-se pu

xando os cordões dos próprios sapatos"; continuam de fora, como se ausentes do processo, as influências advindas da inserção dos diferentes países no padrão de acumulação capitalista internacional; não se considera, tampouco, as características nacionais diferenciadoras. O raciocínio é ainda a-histórico e etnocêntrico.

Mas a idéia do círculo vicioso traz em seu bojo uma importante consequência: reforça as proposições do planejamento como instrumento de "modernização" da economia e como forma de intervenção do Estado em seus rumos. E ademais propiciará a introdução dos problemas de saúde como elementos do próprio processo de desenvolvimento econômico - agora não apenas como efeito, como já queriam alguns autores, mas como causa do mesmo.

A idéia do planejamento não decorre diretamente do conceito de círculo vicioso. A necessidade do planejamento como instrumento do desenvolvimento econômico se coloca desde que se reconhece que os países do Terceiro Mundo não estão necessariamente fadados a se transformarem em economias industriais avançadas. Não significa - no contexto em que estamos situando - uma negação da economia de mercado.

"De certo modo, o plano é um programa estratégico do Governo Nacional para a aplicação de um sistema de interferências estatais no jogo das forças de mercado, condicionando-as de tal modo que exerçam pressão ascendente sobre o processo social" (24).

O plano é assim duplamente "modernizador": no âmbito da própria economia e no âmbito do Estado. Para ser prático e eficiente, não deve obedecer apenas a um esquema geral, mas descer a diretrizes pormenorizadas, mediante cuidadoso planejamento dos diversos setores. Deveria formular também instruções relativas aos estímulos e controles específicos, por meio dos quais se realizam tais diretrizes.

Na construção da idéia do planejamento como instrumento de promoção do desenvolvimento econômico a CEPAL, como se sabe, teve um papel de maior importância. A partir de seus diagnósticos sobre as causas do atraso no crescimento econômico latino-americano, onde se identificavam os "obstáculos" ao mesmo, eram propostas medidas para eliminá-los, entre as quais se alinhava o planejamento centralizado de certas variáveis econômicas, tais como o inves

timento em alguns setores básicos, o desenvolvimento da infra-estrutura econômica, etc.

Não obstante, o desenvolvimento acelerado acompanhado do extermínio da pobreza não se produziu. Continuando na mesma linha, prosseguem os estudos sobre a economia latino-americana e sobre as técnicas e estratégias de planejamento, reconhecendo-se que o subdesenvolvimento não podia ser isolado como problema econômico, e que deveria ser encarado do ponto de vista da situação global dos países: sua organização política, suas características econômicas, suas instituições sociais. Na década de 60 é incorporada definitivamente, tanto a nível de diagnóstico como de proposta de solução para o atraso econômico, a questão do "desenvolvimento social".

"A Carta de Punta del Este constituiu um marco no trabalho da CEPAL e na história da planificação da América Latina. Nesta reunião, celebrada a nível de Ministros de Estado, decidiu-se que, para receber assistência da Aliança para o Progresso, cada Estado da América Latina teria que preparar um programa integrado para o desenvolvimento de sua economia. Como nova e importante medida, o programa deveria incluir o desenvolvimento social e integrá-lo no plano geral. Não se pode exagerar a importância deste fato. Foi a primeira vez que economistas e políticos aceitaram um enfoque desta natureza, e como se observará mais adiante, o mesmo foi fundamental para a planificação da saúde como parte integrante do desenvolvimento sócio-econômico geral" (25).

Decorrido já bastante tempo desde o início da aplicação do planejamento para o desenvolvimento, pode-se afirmar que os primeiros defensores da idéia exageraram quanto ao alcance possível dos efeitos do planejamento. Certamente isto se deu pela própria visão parcial que se tinha do processo de desenvolvimento e subdesenvolvimento. Entretanto, o planejamento teve conseqüências positivas: a maior "racionalização" e "modernização" dos setores públicos daqueles países.

No tocante à questão da saúde -- ou melhor, da atenção à saúde -- nos países subdesenvolvidos, a idéia do planejamento teve uma influência poderosa. Os desenvolvimentos científicos e tecnológicos do pós-guerra tinham aumentado em muito a eficiência e a eficácia das ações de cuidado à saúde, tornando-as capazes de influenciar o comportamento de variáveis econômicas e sociais. Ao mes-

mo tempo - embora disso não parecessem se aperceber os especialistas em saúde - o volume de recursos que de maneira crescente as ações de saúde passariam a comandar, levaria a que este setor fosse assumindo, cada vez mais, uma considerável importância econômica em si mesmo. Impunha-se a necessidade de coordená-lo e controlá-lo.

A interferência na área de saúde parecia promissora como meio de transformação social e econômica; dito de forma melhor: a magnitude e as características dos problemas de saúde nos países subdesenvolvidos, que apresentavam grandes diferenças em relação aos países mais ricos, a despeito da existência de conhecimentos e técnicas capazes de resolvê-los, levou a que se pensasse então que sua solução dependia essencialmente da utilização dos meios adequados, em volume suficiente. O planejamento aparece então como uma dessas técnicas, a outro nível, cuja utilização poderia levar não só à solução dos problemas de saúde como, através desta, ao almejado desenvolvimento econômico.

Resumindo o que foi dito acima tinha-se, a partir do início da década de 50, a seguinte situação, no que dizia respeito aos problemas sanitários dos países subdesenvolvidos:

1. uma história de efeitos positivos da saúde pública no que concernia à diminuição da taxa de mortalidade dos países pobres;

2. uma teoria do círculo vicioso e da causação circular em que a deficiente saúde das populações era tida como a causa de sua própria pobreza; por isto mesmo, a melhoria dos níveis de saúde poderia ser um instrumento de rompimento da "estagnação";

3. o desenvolvimento de técnicas de planejamento que potencializariam a atividade do Estado em suas funções de promotor da saúde pública;

4. uma teoria do capital humano que, através da utilização das técnicas de custo/benefício, mostrava a "rentabilidade" dos investimentos em saúde.

Logo os diversos especialistas e administradores dos sistemas de saúde passaram a dedicar muito de seu tempo à apresentação da articulação entre estes diversos fatores, instrumentos e teorias, o que resultou num notável aumento do papel do Estado na

área e numa enorme expansão das despesas com saúde nos países sub-desenvolvidos.

Tais desenvolvimentos teóricos só podem ser entendidos se levar-se em consideração o papel desempenhado pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização Pan-Americana de Saúde. Como instituições internacionais especializadas, tais órgãos, em busca de legitimação e de instrumentos para o desempenho de suas tarefas específicas, aceitaram a idéia da causação circular cumulativa, destacando em seu interior as questões relativas à saúde, e principalmente, enfatizando a possibilidade de se romper o círculo vicioso através de "investimentos" na área da atenção à saúde.

Partem dos desenvolvimentos teóricos realizados por Myrdal:

"Resulta claramente do que acabei de dizer que não é fácil definir com precisão e apreciar quantitativamente a importância econômica das melhorias da saúde. Inicialmente, o custo da doença, da invalidez e da morte prematura, ou, se nos colocamos de outro ponto de vista, as vantagens econômicas da reforma sanitária, tomarão aspectos diferentes no curto e no longo prazo, e da mesma forma, em meios distintos. (...) A tarefa que cabe às ciências sociais aplicadas consiste em repartir e dirigir as mudanças provocadas no conjunto do domínio social, de maneira a tirar de um sacrifício financeiro inicial o máximo de benefícios. Um corolário importante da teoria dos efeitos cumulativos é que, para aplicar uma política racional, não se deve jamais provocar uma mudança em apenas um dos fatores e muito menos tentar realizar uma mudança de um só fator de maneira súbita e violenta. (...) Em outros termos, para ter os efeitos mais vantajosos sobre o bem-estar da população, qualquer esforço de melhoria permanente dos níveis de saúde deverá se integrar numa política de amplas reformas políticas e sociais" (26).

Em que pese a visão equivocada do prof. Myrdal no que diz respeito às relações capitalistas internacionais, em seus trabalhos ele deixa claro que a questão da saúde não pode ser resolvida sem se considerar a estrutura social e econômica mais ampla. Repete por diversas vezes, neste trabalho e em outros, sua afirmação de que a "reforma sanitária" deve ser seguida por reformas políticas, sociais e econômicas.

Mas isso não bastava para a OPAS e a OMS. Partindo deste arcabouço teórico, o OMS toma a si a tarefa de elaborar em deta

lhe sua proposição; em 1952, sob seu patrocínio, é publicado Le coût de la maladie et le prix de la santé, de Winslow, onde aparece — se bem que de forma tímida — a idéia de que a melhoria da saúde seria capaz de transformar, por si só, o padrão de desenvolvimento de uma dada economia.

"A empresa (da reforma sanitária) é vasta e árdua. Menos do que qualquer outra, a Organização Mundial da Saúde não se desinteressará dela; parece evidente, com efeito, que um programa de saúde pública adaptado às necessidades próprias de cada região constitui o meio mais econômico de sacudir o jugo da doença e da miséria e de inaugurar em ciclo ascendente da evolução social" (26).

Desta forma, partindo de uma observação irretorquível — doença e pobreza caminham juntas — os especialistas da OMS realizam um verdadeiro "tour de force" teórico e afirmam que a melhoria da saúde é condição suficiente para a erradicação da própria pobreza, invertendo assim a relação de causalidade. Não há dúvida de que a saúde pública pode ter um efeito muito positivo no sentido de melhorar os níveis de saúde das populações. Mas daí a afirmar que, por si só, é capaz de transformar povos famintos em saudáveis cidadãos de países prósperos vai uma distância muito grande, como demonstrou a história destes últimos anos.

Winslow vai mais além, e indica os meios de operacionalizar os dispêndios em saúde: o cálculo custo/benefício, do que se falou anteriormente chegando, como sempre, à "conclusão" de que sim, o investimento em saúde é rentável.

Para operacionalizar tais investimentos, eram necessárias técnicas de planejamento. A Organização Pan-Americana de Saúde desempenha aqui um importante papel.

Estimulados pelas decisões tomadas em Punta del Este em 1961, e preocupados com a "agitação social" no continente, causada pelo "enfrentamento entre duas atitudes diametralmente opostas — o capitalismo liberal e o comunismo marxista", a OPAS pretende acenar com outro caminho, através das "mudanças planejadas racionalmente":

"... A planificação é principalmente a técnica que tornaria possível tomar decisões racionais, cujo princípio é a definição de objetivos e a seleção de meios mais eficazes para alcançá-los" (27).

Dentro desta concepção de neutralidade do instrumento de planejamento, que é considerado apenas como método de aumentar a eficiência na alocação de recursos, desenvolve-se um método de planejamento de saúde que se consubstancia no famoso método CENDES/OPAS (OPAS, 1965), com largo trânsito em todos os países da América Latina.

Os efeitos a nível dos diversos Estados logo se fazem sentir. Há efetivamente uma "modernização" do setor, e uma maior "racionalidade" na utilização dos recursos.

Entretanto, a importância maior dos métodos de planejamento não estava na possibilidade de alocar melhor os recursos; parecia mais estar no seu caráter retórico, na formulação de um discurso adequado à nova forma de gestão do Estado que então começara a se impor. É o que parece dizer Horwitz, à época diretor da OPAS:

"Os Ministros da Saúde ficarão em melhor posição para obter os fundos de que necessitam se puderem apresentar um relato racional e objetivo do que pretendem fazer e de como vão fazê-lo" (28).

O passar do tempo mostrou os equívocos do diagnóstico e do tratamento prescrito aos problemas da saúde e da atenção à saúde. A propaganda oficial, como sempre, prometera demais. A própria OPAS é obrigada a reconhecer:

"Como no caso da planificação geral de desenvolvimento, observou-se que a planificação de saúde não produzia o desenvolvimento e os resultados que se esperava. Em quase todos os países, a evolução dos processos de planificação não conseguiu alcançar a taxa de crescimento ou seguir o curso correspondente aos propósitos e objetivos estabelecidos pelos Governos em Punta del Este e na I Reunião de Ministros de Saúde das Américas" (29).

A crítica a este procedimento teórico e técnico que não considera os fatores históricos de cada nação e que supõe poder agir de forma neutra sobre as determinações sociais e econômicas é objeto do próximo item, onde serão propostas linhas mínimas de investigação destes problemas.

6. Crítica aos procedimentos neoclássicos; proposições alternativas

Como se viu, a análise marginalista está voltada fundamentalmente para o desempenho e funcionamento das unidades prestadoras de saúde, e para os efeitos de tais serviços ou do setor como um todo sobre a saúde das populações. Nesta linha de pensamento, saúde é vista como utilidade em si mesma. Quer dizer, o indivíduo se satisfaz com saúde da mesma forma que se satisfaria com qualquer outra utilidade; saúde, portanto, torna-se um bem a ser produzido e sujeito à decisão econômica "racional". A análise marginalista ignora completamente que as necessidades individuais se estabelecem dentro de uma estrutura econômica em que as opções para suas satisfações são limitadas pela própria estrutura. Por exemplo, "saúde" em uma sociedade primitiva, ou medieval, tem para os indivíduos significados diversos do que assume nas sociedades industrializadas capitalistas. Pensar-se em "produzir" saúde naquelas sociedades sou absurdo. Por outro lado, "produzir" saúde nas sociedades em que vivemos tem conotações econômicas, políticas e ideológicas específicas, completamente ignoradas pela análise marginalista, que pressupõe ser a "saúde" uma necessidade universal. (O etnocentrismo é um vício de pensamento essencial para a construção do raciocínio neoclássico.)

Por trás da análise marginalista está a convicção de que a atenção médico-sanitária é um fator importante na promoção dos níveis de saúde da população, ou seja, de que a melhores padrões de atenção médica devem, necessariamente, corresponder melhores níveis de saúde para a população. Tal raciocínio, sem dúvida tentador, é, contudo, falso: em primeiro lugar, não existe uma relação necessária e suficiente entre melhor e maior aparato de atenção médica e melhores níveis de saúde coletiva; em segundo lugar, a prestação de serviços de saúde é uma instância da sociedade, sujeita - assim como os níveis de saúde da população - a uma determinação social mais ampla, não tendo nenhum sentido pensá-la de maneira externa ao quadro da sociedade.

Das falhas de tal análise falam melhor seus fracassos na área do planejamento, no que diz respeito aos países subdesenvolvidos, e suas perigosidades quanto à desorganização e ineficiência

da atenção à saúde nos países desenvolvidos, onde, para o desespero marginalista, a elevação - acelerada - dos custos e da oferta de serviços de saúde não tem sido acompanhada por uma correspondente melhoria nos níveis de saúde da população. Pelo contrário, há estatísticas - algumas serão apresentadas mais adiante neste trabalho - que mostram uma correlação inversa entre oferta de serviços de atenção à saúde e níveis de mortalidade e morbidade. (Este aparente paradoxo é amplamente discutido por autores como Illich, Dupuy, Barral, Berlinguer, nas obras citadas ao longo deste texto.)

A nosso ver, a questão dos níveis de saúde da população, suas determinações e as principais variáveis a influir sobre eles só podem ser entendidas quando se dá o passo que os neoclássicos sempre recusaram, ou seja, quando se examina as influências do "ambiente externo" sobre a saúde das populações. Em outras palavras, as transformações nos níveis de saúde das populações devem ser vistas a partir das mudanças e melhorias em seus níveis de renda e em seus padrões de vida; é fundamental, entretanto, que sejam consideradas as diferenças entre as classes sociais e que se esteja atento para os aspectos patogênicos do capitalismo e para os limites da atenção à saúde. O que aparece, então, embora não seja surpreendente, é brutal: quem é pobre morre primeiro.

Com efeito, não se encontra nenhuma estatística de mortalidade que não indique tal relação, mesmo quando há uma melhoria nos níveis gerais de saúde. Assim, por exemplo, tomando-se dados comparativos (média = 100) da mortalidade masculina entre 20-64 anos:

<u>Período</u>	<u>I</u> <u>Classe</u>	<u>II</u> <u>Classe</u>	<u>III</u> <u>Classe</u>	<u>IV</u> <u>Classe</u>	<u>V</u> <u>Classe</u>	<u>Desoc.</u>
1921-1923	82	94	95	101	125	-
1930-1932	90	94	97	94	111	135
1949-1953	98	86	100	102	116	124

Fonte: Wilson, On mortality trend by occupational and social class, Estrasburgo, 1966.

A classe I compreende profissionais liberais e dirigentes, a II, técnicos qualificados, a III, operários especializados, a IV, trabalhadores com alguma qualificação, a V, operários não qualificados.

lificados. Apesar de um comportamento diferente em algumas classes, a desigualdade persiste. E note-se que no último período já funcionava o National Health Service, havendo, portanto, disponibilidade igual, para todas as pessoas, de serviços médicos. As explicações devem ser buscadas fora da atenção médica, portanto.

Mas aqui, como em qualquer outra análise, há que se precaver contra o maniqueísmo e contra as simplificações de raciocínio. Pois se é verdade que quem é pobre morre primeiro, não é verdade que os mais ricos vivem mais. Lafitte (1972) e Berlinguer (1976) apresentam estatísticas concordantes, em que isto fica claro. Na França, por exemplo, obteve-se as seguintes taxas de mortalidade por 10.000 habitantes, para o grupo de 25-54 anos:

profissionais liberais	35
agricultores	42
dirigentes da indústria e comércio	51
assalariados agrícolas	54
operários	56
operários não-qualificados	76

Nos países do Ocidente, entre todas as categorias profissionais, os professores universitários, sacerdotes e cientistas têm a vida mais longa. Berlinguer apresenta uma curiosa estatística sobre a idade média de morte dos cientistas nos Estados Unidos (Berlinguer, 1976):

sociólogos	71 anos
engenheiros	71,1 anos
antropólogos	72,2 anos
astrônomos	75,8 anos
arqueólogos	76,7 anos

Ou seja, os cientistas mais longevos são aqueles que têm interesses mais distantes, no espaço e no tempo, das atuais relações sociais.

Vários fatores podem influenciar a saúde - entre eles, a região de residência, o sexo, etc. - mas qualquer análise da saúde coletiva deve necessariamente levar em consideração as caracterís-

ticas específicas da produção industrial e das relações capitalistas:

"O capital pode assim modificar certas condições ambientais. Mas não pode, sem negar seus propósitos, eliminar o fator mais lesivo e mais frustante de todos, isto é, o contraste entre a produção social e a apropriação privada, que é um contraste que rompe intrinsecamente a unidade psico-física do homem, que altera profundamente sua relação com a natureza. (...) A terapia, portanto, pode mascarar, aliviar ou desviar para outro terreno o conflito, mas certamente não pode saná-lo: este explodirá de qualquer forma. Testemunho é dado pelo fato de que as novas doenças, consideradas doenças da civilização, as doenças do destrute capitalista, se afirmam nesta fase; e a medicina como tal se mostra totalmente impotente, sempre mais incapaz de dominá-la" (30).

Assim, se por um lado a saúde e a doença são determinadas por instâncias sócio-econômicas, melhorando os níveis de saúde à medida em que melhoram os níveis de renda da população, ocorre, entretanto, uma contradição fundamental: o desenvolvimento capitalista cria suas próprias doenças, à medida que outras são sanadas. A própria welfare society não trará a solução para a questão: a piora relativa da situação da saúde nos Estados Unidos (entre 1959 e 1966 a esperança de vida dos cidadãos masculinos deste país passou do 13º para o 22º lugar entre as nações do mundo) mostra que

"... estes fatos não só desmentem profundamente as ilusões reformistas da welfare society, da sociedade opulenta, da sociedade do bem-estar, mas desmentem também toda super-valorização de um papel racionalizante integral da burguesia. (...) O capital só pode modificar certas condições de vida, certas condições ambientais ou obedecendo a seus interesses, ou sob a pressão das reivindicações dos trabalhadores" (31).

Como se vê, no que toca à questão da saúde, esta visão mais abrangente amplia em muito a problemática da saúde. E a grande dificuldade que esta análise tem de enfrentar é justamente esta amplitude; corre-se o risco de "explodir" o conceito de saúde e de se ter em mãos uma categoria demasiadamente vasta. Enfrenta-se aqui o perigo de se pôr a tratar não da questão da saúde, mas sim dos problemas que os "tempos modernos" trazem para a vida do cidadão comum. Mas a consciência do perigo é a primeira condição para que se possa evitá-lo. E o que ficou dito aqui é uma amo-

ra da grande riqueza de informações que esta à espera de quem busque ir além da ligação óbvia entre pobreza e doença.

Quanto à atenção à saúde, parece-nos que o caminho escolhido pelos neoclássicos - avaliar a importância dos cuidados à saúde a partir de seus pretensos efeitos sobre a produtividade do trabalho e das conseqüências de um suposto prolongamento na vida das pessoas - apresenta-se completamente equivocado.

A nosso ver, a atenção à saúde deve ser examinada a partir de dois pontos não excludentes, até mesmo complementares:

Em primeiro lugar, as influências da estrutura produtiva como um todo sobre o próprio setor de atenção à saúde. Em segundo lugar, o movimento do capital no interior no próprio setor.

Quanto ao primeiro ponto, deve-se ter em conta que a despeito das qualificações e relativizações que se possa fazer quanto a seus efeitos, a atenção à saúde é, sem dúvida alguma, um elemento a agir sobre a recuperação, manutenção e reprodução da força de trabalho, assim como é também um componente da cesta de consumo da população. É, explicitando a posição, parte dos meios coletivos de consumo nas sociedades modernas e, como tal, sofre a influência de fatores econômicos e políticos que não podem deixar de ser considerados numa análise mais completa da questão.

É no interior deste problema mais amplo que a atenção à saúde deve ser considerada:

Neste sentido, do ponto de vista da medida capitalista, as atividades de ensino, de cuidado à saúde e de pesquisa científica permanecem improdutivas (e mais valia) mesmo se forem cada vez mais necessárias à própria produção material como meios de formação ampliada das forças produtivas humanas. Os meios coletivos de consumo entram então na esfera do consumo final, da mesma forma que os meios individuais de consumo? De maneira alguma, na medida em que sua especificidade é justamente não ser consumida diretamente pela força de trabalho individual, ou seja, de não ser o objeto da transformação direta do capital variável em salário e portanto em dispêndio da renda servindo para comprar mercadorias necessárias à reprodução individual da força de trabalho. A produção de meios coletivos de consumo - como a escola ou o hospital (pouco importa que sejam públicos ou privados) oferece, com efeito, a particularidade de ser a metamorfose de uma fração do

capital variável em compra de força de trabalho e de meios de trabalho que só funcionam no processo de consumo. São, portanto, despesas indispensáveis para transformar o resto do capital variável em salário e portanto em compra de mercadorias destinadas ao consumo final" (32).

Ou seja, também no que se refere à ação específica dos serviços de atenção à saúde, não se deve buscar uma pretensa especificidade, mas sim compreender que como componentes dos meios coletivos de consumo, eles fazem parte das "condições gerais de produção" e neste sentido mais geral devem ser vistos.

O segundo ponto que se deve analisar - e que, na verdade, foi o enfatizado neste trabalho - parece ser, a nosso ver, a constatação de sua importância enquanto atividade produtiva em si mesma. Num certo sentido, como já se disse anteriormente, deve-se aqui também buscar tanto o que a atenção à saúde tem de específico, quanto o que ela tem de geral, de comum às atividades produtivas: nas sociedades capitalistas, a valorização do capital. E aqui se pode fazer um paralelismo; é como se as transformações tecnológicas ocorridas no setor de saúde a partir da 2ª Guerra Mundial - e que serão melhor detalhadas no quarto capítulo - tivessem assumido o papel de uma tardia "Revolução Industrial". Com efeito, a partir de então a prática da assistência à saúde abandona suas características "artesaniais", deixando de ser exercida pelo médico isoladamente e passa a ter características técnicas e financeiras de grande indústria, tendo como espaço social apropriado o hospital moderno.

Este será o caminho preferido por nós neste trabalho. Avaliar o comportamento do sistema de atenção à saúde - tal como de finido anteriormente - levando em conta seu desempenho como "locus" de acumulação de capital, de valorização do capital, de transformação técnica e social do processo de trabalho médico, como local político-ideológico de regulação pelo Estado de uma dimensão importante da vida das populações.

NOTAS

- (1) As noções de saúde e doença, assim como a dos processos de seu cuidado são socialmente determinadas. Não se pretende aqui entrar na discussão do que se compreende por saúde nas sociedades industrializadas modernas. A questão de uma definição mais precisa do conceito de saúde tem sido, inclusive, um problema mal resolvido, tal como assinala Arouca (1975):

"Na evolução do pensamento científico, a saúde foi um conceito ausente ou negativo na sua dimensão 'em si', e as doenças foram definidas na sua singularidade particular, em relação a um tipo de sofrer, definição que, transformada em um nome, organizava em seu redor o conhecimento existente sobre os fenômenos relativos àquele sofrer."

Outros autores que discutem esta questão, apontando para as dificuldades existentes, seriam: Wylie (1970), Kelman (1975), Gonzales (1975), Canguilhem (1971), García (1976).

É necessário, entretanto, realizar uma diferenciação operacional: há que se distinguir entre saúde individual e saúde coletiva, pois desta trata a Economia Política. Com efeito, os conceitos não são semelhantes, e não se pode supor que saúde coletiva é apenas o somatório das diversas saúdes individuais. Enquanto a saúde individual vem sendo medida e avaliada segundo eventos, sinais e sintomas ocorridos numa mesma pessoa, a avaliação da saúde coletiva se dá pela mensuração de resultados negativos de processos, através de indicadores de mortalidade, morbidade, etc.

- (2) Foucault, M., 1968, pp. 274/275.
- (3) Foucault, M., 1972.
- (4) Marx, K., 1947: Tomo I, p. 1.
- (5) Schumpeter, J.A., 1964: Tomo I, p. 265/ss.
- (6) Rosen, G., 1974.
- (7) Nogueira, R.P., 1975.

- (8) Rosen, G., 1958, pp. 201/202.
- (9) Rosen, G., 1958.
- (10) Foucault, M., 1974.
- (11) Berlinguer, G., 1975.
- (12) Marx, K., 1968, pp. 102/105.
- (13) Malthus, T., 1963, p. 20/21 (grifos nossos).
- (14) Marx, K., 1963: p. 71.
- (15) Mushkin, S., 1958, p. 790.
- (16) Idem.
- (17) Weisbrod, apud Polack, J.C., 1972, p. 37.
- (18) Roberts, F., 1948.
- (19) Lessa, C., 1975.
- (20) Rostow, W., 1963.
- (21) Nurkse, R., apud Myrdal, G., 1956, p. 32.
- (22) Myrdal, G., 1956, p. 42/43.
- (23) Idem, p. 49.
- (24) Idem, p. 125.
- (25) OPAS, 1973, pp. 6/7.
- (26) Myrdal, G., 1952, p. 229.
- (27) Winslow, C., 1952, p. 10.

- (27) OPAS, 1973, p. 25.
- (28) OPAS, 1965, Apresentação.
- (29) OPAS, 1973, p. 29.
- (30) Berlinguer, 1976, p. 169.
- (31) Berlinguer, 1976, p. 168.
- (32) Lojkine, 1977, p. 132.

CAPÍTULO 2 - INDUSTRIALIZAÇÃO E POLÍTICAS DE SAÚDE

1. O Estado e a Questão da Saúde numa Economia Pré-Industrializada

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

Assim, entender essa emergência pressupõe a compreensão da estrutura e dinâmica da economia exportadora capitalista cafeeira (2). Tendo seu movimento dominado pelo capital comercial, pode-se visualizar esta economia como que desdobrada em dois segmentos: seu núcleo produtivo, rural, e um segmento urbano, a ele acoplado, que abriga o conjunto das atividades de transporte, comercialização, administrações e industriais.

Neste quadro, a análise da saúde como questão social deve contemplar tanto suas determinações urbanas ou rurais quanto as condições próprias do mercado de trabalho e do processo de trabalho a nível das empresas agrícolas ou urbano-industriais. Ademais, deve levar em conta o papel então atribuído pela sociedade ao Estado, as limitações deste enquanto possível agente transformador da própria sociedade e, em outro nível, os limites técnicos e científicos da época à possibilidade de intervenção no campo biológico. Só assim se poderá entender as emergentes políticas públicas "de higiene e saúde", assim como certas práticas empresariais, típicas das primeiras décadas do século XX.

Concretamente, os problemas de saúde e suas formas de atendimento aparecem, na economia cafeeira, principalmente referidos a:

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

Do ponto de vista do atendimento à saúde, o primeiro destes aspectos parecia ter, como problema crucial, o saneamento dos portos e núcleos urbanos — como Rio, São Paulo e Santos — vinculados ao segmento comercial-financeiro do complexo exportador e ao capital industrial nascente (3). Tratava-se da criação de mínimas condições sanitárias indispensáveis não só às relações comerciais com o exterior, como também ao êxito da política de imigração, que pretendia atrair a mão-de-obra fundamental para a constituição do mercado de trabalho capitalista.

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

Compreende-se assim que Rodrigues Alves, ao assumir a presidência em 1902, tenha lançado um amplo programa de obras públicas, contemplando o saneamento do Rio de Janeiro. Oswaldo Cruz, em 1903, inicia o combate à febre amarela urbana, já ensaiado por Emílio Marcondes Ribas no Estado de São Paulo (4).

Por outro lado, o controle da malária no início do século foi básico na criação de condições econômicas em portos e aglomerados urbanos como Santos, Distrito Federal e nas áreas de construção de estradas de ferro em Minas Gerais, no Espírito Santo e na Bahia.

Em 1904 promulga-se a lei de vacinação obrigatória contra a varíola.

Ademais,

"Em março deste mesmo ano é posta em vigor a nova organização sanitária resultante da ampla reforma dos Serviços Sanitários, efetuada por Oswaldo Cruz e

que conferiu à Diretoria Geral de Saúde Pública grande soma de atribuições, reforçando, sobremaneira, as participações do Governo da União na área da saúde" (5).

As campanhas contra a febre amarela, peste bubônica e varíola, assim como as medidas gerais destinadas à promoção da higiene urbana caracterizavam-se pela utilização de medidas jurídicas impositivas, no que diz respeito à notificação de doenças, vacinação obrigatória e vigilância sanitária em geral (6). No seu conjunto, não ultrapassam os limites de soluções imediatistas a agudos problemas que, de uma forma ou outra, poderiam vir a comprometer o processo de acumulação cafeeira. Ou então, constituem tão somente tentativas de respostas - ainda insuficientes - aos quadros calamitosos, epidêmicos, que ameaçavam a população em geral e que por vezes davam motivos a pressões políticas.

O pano de fundo a dar os limites intransponíveis para a ação de saúde pública era, naturalmente, o baixo patamar do conhecimento científico e tecnológico referente ao diagnóstico, prevenção e terapia das doenças acima referidas. Era contra este quadro de insuficiência técnica que se recortavam as limitações do Brasil da época, originadas tanto nas características específicas de nosso processo de desenvolvimento capitalista, quanto nas restrições próprias do Estado Nacional, nesta etapa de sua formação. Tratava-se, no dizer de Cardoso de Mello (7) da primeira fase de um desenvolvimento capitalista retardatário marcado por incipiente divisão do trabalho, baixo índice de assalariamento e, conseqüentemente, por um restrito mercado de trabalho, a par de elevado grau de concentração regional e baixo poder de difusão de relações mercantis, características que se faziam sentir num limitado e descontínuo processo de formação de classes e frações de classes a nível nacional (8). Mais ainda, refletiam-se num Estado que apesar de se querer nacional, possuía bases sociais e financeiras estreitas, o que lhe restringia a capacidade de responder satisfatoriamente aos problemas sociais. Junte-se a isso o baixo poder de barganha política dos setores assalariados, decorrente não só de seu embrionário desenvolvimento como também de sua ausência da cena política, naquela que foi a estrutura de poder típica da Primeira República (9). Finalmente, acrescenta-se também como elemento inibidor, o fato de que o poder central tinha sua existência assegurada

pela partilha do próprio poder com os distintos Estados da Federação, que lhes conferia relativa autonomia no controle das administrações regionais. Reflexo disso, no plano da saúde, constitui o regulamento da Diretoria Geral de Saúde Pública de 18.03.1914, quando prevê, no seu Artigo 51, que:

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

A década de 20 constitui momentos de crise da sociedade brasileira - crise do padrão exportador capitalista e crise do Estado. No interior desta crise, a problemática da saúde pública no conjunto dos problemas sociais aflora e passa a se constituir uma das pressões a demandar novas e mais amplas respostas. A saúde surge como questão social no Brasil conjuntamente com a emergência do capitalismo, mas vai ganhar contornos novos e mais nítidos durante a década de 20, quando a primeira fase de acumulação capitalista ultrapassa seus próprios limites com o auge da economia cafeeira, refletindo-se numa aceleração da urbanização e do desenvolvimento industrial, nos marcos da crise política da Velha República.

A partir de então as medidas de saúde pública vão se caracterizar pela tentativa de extensão de seus serviços por todo o país. A nível do discurso do poder, a atenção à saúde ganha uma nova dimensão: se bem que enquanto questão social continua a ser vista como "caso de polícia", já passa a ser consagrada - no discurso - como uma das atribuições do Estado Nacional. Na verdade, vive-se um momento de transição e os problemas que se colocam estão muito além das possibilidades dadas pela natureza política e pela capacidade financeira deste Estado.

A reforma Carlos Chagas, de 1923, (10) tenta ampliar significativamente o atendimento à saúde por parte do poder central constituindo-se uma das peças de um movimento mais amplo por parte da União na busca de ampliação de seu poder nacional, no interior de uma séria crise política deflagrada em 1922 pelos Tenentes.

Até então, as unidades de saúde pública existentes estavam vinculadas aos governos estaduais e voltadas principalmente para as capitais e principais cidades do interior. Pretendiam atuar, nos Estados onde o setor saúde estava mais organizado - Per-

nambuco e Rio de Janeiro, por exemplo -- nas seguintes áreas (11):

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

O financiamento dessas unidades era basicamente estadual, com ínfimas contribuições federais e filantrópicas. Também os serviços de profilaxia rural de quase todos os Estados -- principalmente no Nordeste -- embora estivessem desde 1919 ligados ao Ministério da Justiça e Negócios Internos, eram financiados por verbas dos governos estaduais. No caso da ancilostomíase, é importante destacar a participação da Fundação Rockefeller, que mantinha vários postos na região Nordeste (12).

Com a reforma de 1920, cria-se o Departamento Nacional de Saúde Pública, estabelecendo-se como atribuições federais: o saneamento rural e urbano; a propaganda sanitária; a higiene infantil, industrial e profissional; atividades de supervisão e fiscalização; saúde dos portos e do Distrito Federal e o combate às endemias rurais.

Mas essas novas atribuições do aparelho central não entram em vigência e os trabalhos de saneamento rural e urbano e os combates às endemias seguem sob responsabilidade local. Entretanto, se prosseguirmos as soluções de caráter local, é verdade também que nos anos 20 o crescimento institucional e o discurso político começam a apontar na direção da centralização e da transformação da saúde em questão nacional.

Considere-se agora outro aspecto dos problemas de saúde e de suas formas de atendimento a que se fez referência anteriormente: aquele vinculado à política de empresas (13). De um ponto de vista mais geral, esta questão liga-se à formação do mercado de trabalho no interior da economia e porventura, tanto para seu núcleo agrícola quanto para as atividades urbano-industriais.

A escassez relativa de mão-de-obra, na primeira etapa do

desenvolvimento capitalista brasileiro, impôs que a promoção da imigração estrangeira constituísse, necessariamente, uma das primeiras políticas sociais levadas avante pelos empresários capitalistas interessados, pelo Estado de São Paulo e pela própria União. A adoção dessas políticas se impunha ainda mais pelas precárias condições de trabalho e pelo fato de que o salário real mantinha-se, em geral, próximo ao nível de subsistência (14) e (15).

Visando atrair e reter a mão-de-obra, são desenvolvidas práticas de higiene e saúde pública, tanto por iniciativa pública como também compondo parte da estratégia das empresas maiores, que em alguns casos adotavam medidas de proteção e recuperação da saúde de seus trabalhadores, e ofereciam benefícios e auxílios "previdenciários". Dean assinala, por exemplo:

"Até certo ponto, os empresários paulistas suplementavam a remuneração inferior dos trabalhadores com vários benefícios. Há testemunhos da existência de creches e jardins de infância, armazéns, igrejas e restaurantes de companhias, casas fornecidas pelos empregadores e assistência médica" (16).

Após referir-se aos benefícios oferecidos pela empresa têxtil Votorantim, comenta:

"Não transparece desses relatos, todavia, que a administração dirigisse tais serviços com prejuízo. A folha de pagamentos da fábrica parece ter sido consideravelmente inferior à média da indústria de tecidos no Estado; daí poder argumentar-se que até as instalações de assistência à infância e de recreação fossem deduzidas do ganho dos operários. Além disso, apenas uns poucos dentre esses serviços eram gratuitos. A habitação custava de nove a onze mil-réis descontados de um salário médio de oitenta e oito mil-réis mensais, a eletricidade, dois mil-réis por lâmpada, e os serviços médicos se deduziam à razão de 2% do salário mensal" (17).

É importante observar que segundo inquéritos do Departamento Estadual do Trabalho, para 1911 e 1919, essa provisão de benefícios era bastante limitada.

Outros depoimentos:

"Das declarações dos manufatores se colhe que tais serviços extraordinários não se destinavam, primordialmente, a servir de incentivos para os trabalha-

dores. Alguns eram, sem dúvida, considerados arranjos necessários à manutenção do processo de trabalho, análogos à lubrificação da maquinaria ou à substituição das peças gastas. Creches e jardins de infância, por exemplo, refletiam o desejo de extrair a máxima quantidade de trabalho pelo menor custo possível. Não se poderia esperar que mães trabalhassem um dia inteiro se precisassem cuidar de crianças que ainda não tinham idade suficiente para empregar-se na fábrica. Com o mesmo espírito, a fábrica do Ipiranga mantinha um restaurante, a preço de custo, que fornecia, de acordo com a administração, todas as calorias de que precisa diariamente o operário, sob a supervisão de um médico especialista em regimes alimentares de trabalhadores. Durante a hora do almoço, um aparelho de rádio transmitia música" (18).

"A Companhia Nacional de Estamparia de Sorocaba, por exemplo, informou aos demais membros do Centro dos Industriais de Fiação e Tecelagem de São Paulo - CIFTSP - que os seus operários fazem jus a pensões, abonos-família, enterros gratuitos e muitos outros benefícios marginais, contanto que demonstrassem 'bom comportamento'. Os mesmos benefícios eram negados a quem quer que participasse 'direta ou indiretamente' de uma greve" (19).

Encontramos assim que já nestes momentos iniciais vai se desenhando uma complexa política social, onde se combinam baixos salários reais com benefícios "previdenciários", a par de medidas que cerceiam a organização dos operários.

A violenta expansão da acumulação cafeeira que tem início em 1918 recoloca o problema da escassez relativa de mão-de-obra: retoma-se o fluxo de imigração externa e as migrações internas com destino ao pólo dinâmico ganham então algum significado (20). Com isto recolocam-se de forma mais aguda as questões de higiene e saúde do trabalhador. São desta época algumas medidas oficiais de controle e regulamentação do mercado de trabalho e que se constituirão no embrião de um esquema previdenciário. Tomemos alguns momentos:

1. Em 1917 passa a ser exigida a autorização dos pais para o emprego de menores de 18 anos;
2. Em 1919 promulga-se a lei de indenização de acidentes de trabalho nas companhias de transporte e construção e nas fábricas. No mesmo ano, são criadas as companhias privadas de seguro do trabalho e que, a partir

- de então, se constituirão em foco de assistência a uma política securitária por parte do Estado;
3. Em 1922, no governo Arthur Bernardes, é criado o Conselho Nacional do Trabalho;
 4. Em 1923, criação, pela lei nº 4.632 - conhecida como Lei Eloy Chaves - das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que vão se constituir no embrião do seguro social no Brasil.

Esta última, sem dúvida alguma, é a medida mais importante. Existe uma boa bibliografia sobre o assunto, (21) de modo que aqui só apresentamos alguns de seus traços mais importantes:

As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras (1% de sua receita bruta) e pelos empregados (3% do salário mensal).

Eram organizadas por empresas - de modo que só os grandes estabelecimentos apresentavam base atuarial para mantê-las. O presidente de cada Caixa era nomeado pelo Presidente da República, enquanto patrões e empregados participavam paritariamente da administração; os trabalhadores indicavam seus representantes por eleição direta. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e, portanto, ao salário.

Estavam previstos os seguintes benefícios: assistência médica curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez; pensões para os dependentes dos empregados; auxílio pecuniário para funeral.

Se bem que as CAPs tenham sido criadas por iniciativa patronal, foram os trabalhadores vinculados ao setor urbano do complexo exportador - em geral os mais combativos politicamente - os que primeiro lutaram pela organização das Caixas em suas empresas. Os ferroviários em 1923 e os estivadores e marítimos em 1926 passam a auferir os benefícios das respectivas CAPs. As demais categorias profissionais só vêm a ser beneficiadas depois de 1930.

Em resumo: até 1930 os trabalhadores contavam com benefícios previdenciários oferecidos por algumas das grandes empresas e, em outros casos, pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões. Desta forma, a maior parte dos assalariados estava excluída de tais

benefícios, tendo que recorrer, para a assistência médica, àquela limitadamente oferecida pelos serviços públicos aos serviços dos profissionais liberais, e a outras formas de medicina.

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

As formas históricas vividas por este processo e suas razões pelo lado do processo produtivo serão vistas nos próximos itens.

Formação de uma Política Nacional de Saúde - 1930/1966

É possível afirmar que de 1930 a 1966 emerge e toma forma uma política nacional de saúde e, mais precisamente, instalam-se os aparelhos necessários à sua efetivação. Entretanto, cabe desde já afirmar também o caráter "restrito" desta política de saúde. "Restrito" porque limitada na amplitude de sua cobertura populacional e nos aspectos técnicos e financeiros da estrutura organizacional.

Em suas linhas fundamentais, a economia e a política deste período têm sido amplamente analisadas (22). Neste trabalho parece importante destacar o elemento essencial da análise de Cardoso de Mello para o período que vai até 1955, qual seja, o caráter restringido tanto da acumulação quanto do Estado Nacional. Do ponto de vista econômico, neste período instaura-se um processo de industrialização, ou seja, o motor da acumulação passa a ser o capital industrial.

Até então tratava-se de uma industrialização limitada, restrita, dada a insuficiência técnica e financeira do próprio capital industrial. Isto é, as bases da acumulação industrial estavam "restringidas" porque não se implantara um setor industrial produtor de meios de produção (máquinas, equipamentos, insumos básicos) que desse maior concretude ao progresso tecnológico e impusesse a partir de seus investimentos uma dinâmica propriamente capitalista

ao conjunto da sociedade. Ou seja: uma dinâmica em forma de reprodução ampliada do capital consubstanciada nas relações entre os departamentos produtivos - de meios de produção e de bens de consumo - pela qual se reconstitui e se amplia, contínua e ciclicamente, o capital constante da sociedade (máquinas, equipamentos e insumos em geral) e o capital variável (meios de consumo destinados à reprodução da força de trabalho) com o que, ademais, se reproduzem as relações sociais de produção próprias do regime capitalista de produção.

Esta dinâmica especificamente capitalista só se implanta definitivamente no Brasil a partir de 1956 com o bloco de investimentos produtivos que compunha o chamado Plano de Metas do período JK.

Destaque-se também que 1930 marca um momento de inflexão política. Rompida a estrutura de poder da Primeira República, instalou-se um Estado com elevado grau de autonomia, não respondendo a nenhum grupo exclusivo de interesses. Mas tratava-se, ele também, de um Estado "restringido", limitado pela precariedade de seu aparelho e pela estreiteza de suas bases financeiras: mesmo assim, era um Estado que ia além das limitações referidas às forças sociais, tentando a industrialização e fazendo avançar - certo que sob seu controle - as políticas sociais. Um Estado que, por exemplo, esboçava projetos de industrialização que na verdade criavam horizontes econômicos e políticos frente aos quais a própria burguesia nacional era ambígua e indefinida em circunstâncias que tais projetos apontavam na direção de seus interesses futuros enquanto classe. Um Estado também que, pelas políticas sociais, fez avançar a legislação e os aparelhos de Estado relacionados com os interesses da classe trabalhadora ao mesmo tempo em que a mantinha num jogo limitante de sua autonomia política.

É importante destacar esta característica de restrição da economia e da política brasileira uma vez que aqui se julga que ela condiciona a política de saúde de todo o período. Parece iluminadora a forma feliz com que Carlos Lessa (23) apreende, para o período que vai de 1930 até meados dos 50, o conjunto das transformações econômicas e políticas: em sua análise, constituem elas uma trama que só se conformará plenamente na etapa seguinte do desenvolvimento capitalista brasileiro. Esta visão globalizante, natu-

ralmente, não deixa de levar em conta os matizes e rupturas que obviamente permeiam mais de 30 anos de nossa história.

Esta nova etapa da economia e da política brasileiras, que tem início nos anos 30, cria espaço para o surgimento de políticas sociais de "corte" nacional. O Estado, caracterizado por maior autonomia relativa frente às classes e frações de classes, nos quadros de uma crise de hegemonia (24) - distinguindo-se também da estrutura de poder pré-30 por ter acentuado seu caráter nacional - pode dar, desde então, respostas orgânicas às questões sociais, e elaborar o que hoje em dia chamaríamos de pacote de políticas sociais. Parece ser esse o significado profundo das mudanças de política social que têm início nos anos 30: o Estado, agora, tende a responder à questão social não mais parcial e pontualmente, como no período anterior.

São as alterações de caráter político e as transformações da natureza do Estado que criam as condições iniciais para que as questões sociais em geral - e as de saúde em particular - já postas no período anterior, pudessem ser enfrentadas através de um bloco orgânico e sistemático de políticas. O desenvolvimento capitalista anterior colocara uma série de problemas sociais, de alguma forma impossíveis de serem resolvidos no quadro econômico e político da Primeira República. Mas com o processo político de 30, as transformações do Estado e, em particular, o fato de que este novo esquema de poder deveria contemplar, de algum modo, os assalariados urbanos, tornava necessária uma definição e tentativa de implantação de políticas sociais. É neste sentido que deve ser entendido o conjunto das políticas sociais elaboradas no período: legislações trabalhistas, montagem do sistema previdenciário baseado nos Institutos, sindicalismo atrelado ao Estado etc., foram a forma de controlar política e economicamente a classe trabalhadora, mantendo a lucratividade do setor industrial e sua capacidade de acumulação, mantendo níveis mínimos de reprodução da força de trabalho, mantendo a participação política dos trabalhadores sob controle. Assim, a partir do momento em que a nova dinâmica de acumulação, sob dominação do capital industrial, produz seus resultados característicos - aceleração da urbanização, ampliação da massa trabalhadora em precárias condições de higiene, saúde e habitação, etc. - novas exigências pressionam no sentido de efetivação e ampliação das políticas sociais (25).

Nestas condições, apesar das restrições já mencionadas, a partir de então pode-se, com rigor, identificar uma política de saúde de caráter nacional, organizada a partir de aparelhos centrais. Esboça-se, desenvolve-se e enfrenta crises a política e a estrutura do "setor de saúde", no Brasil basicamente organizado em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O primeiro será predominante até meados dos 60, e nos seus traços fundamentais, a estrutura então montada vige até nossos dias. Alternativamente, o subsetor de medicina previdenciária se amplia significativamente a partir de fins da década dos 50 e em termos da política estatal de saúde, assume a predominância a partir da segunda metade dos anos 60.

Vejamos mais de perto esta estrutura do "setor de saúde". Sua montagem inicia-se na década dos 30, ganha caráter nacional e acelera-se a partir dos anos 40. Sua natureza ainda não é plenamente capitalista, dado o reduzido assalariamento, a escassa tecnificação, o pequeno número de empresas médicas, hospitais, clínicas, etc. Por sua vez, os programas de saúde pública estão relacionados com os processos de migração, urbanização e industrialização, com a criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e mesmo restritamente, para as do campo. Estes programas, ainda que dominantes na política de saúde, são limitados frente às necessidades reais da população. Estes limites se revelam pela manutenção de graves problemas de saúde pública e têm dupla origem: a limitada capacidade financeira do Estado em sua opção política de gasto e o modelo sanitário agotado, oneroso devido a seus altos requisitos técnicos - em consequência, desvinculados das reais possibilidades de então.

O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública, em termos da política estatal, a partir de 1966, apesar do seu predomínio se anunciar tendencialmente desde os começos da década de 60. Esta alteração na política nacional de saúde se explica tanto pela intensa urbanização dos anos 40 e 50 como principalmente pela mudança do padrão de acumulação a partir de 1956, quando a transformação e ampliação da economia conferem uma dinâmica de acumulação especificamente capitalista (20), tornando a medicina previdenciária um requerimento efetivo para o processo de trabalho.

A alteração na política de saúde com o significativo crescimento do subsetor de medicina previdenciária se dá numa fase em que todavia se mantêm agudos problemas na área de saúde pública. Isto vai configurar uma demanda ilimitada por assistência médica. Temos assim, atualmente, de um lado, uma precária política de saúde pública, legando uma herança endêmica da maior gravidade; de outro, um sistema previdenciário incapaz de atender não só as demandas por assistência médica individual, quanto os requerimentos de saúde coletiva acumulados ao longo do tempo.

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

A política de saúde, neste período, contempla inicialmente a incorporação e transformação das unidades de âmbito estadual montadas nos anos 20. Como é sabido, a Revolução de 1930 destrói o "excessivo" federalismo da Primeira República (27), dando início a um processo de redução da autonomia dos diversos Estados.

No plano da política de saúde podemos identificar este processo de centralização: em 1930 foi criado o Ministério de Educação e Saúde, composto de dois Departamentos Nacionais, um de Educação e outro de Saúde; em 1934, como parte da reorganização ministerial então efetivada, o Departamento Nacional de Saúde passou a ser chamado de Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, ocorrendo simultaneamente a criação de várias Diretorias e Serviços, como a Diretoria de Assistência Hospitalar, a Diretoria Sanitária Internacional e da Capital da República, etc. (28). (Note-se que até este ano, como observa Barros Barreto (29), a ação sanitária federal restringia-se à Capital Federal e aos portos da República.) Convém lembrar que 1934 é o ano em que Getúlio Vargas é eleito indiretamente Presidente da República, e promulgada a nova Constituição (que incorpora o direito à educação e saúde para todos os brasileiros).

A partir de 1935 retoma-se a prática das campanhas sanitárias, interrompidas entre 1930 e 1934, e que se constituirão no elemento central da institucionalização das ações de Saúde Pública no Brasil (30). Com ações coordenadas centralmente, à maneira militar - não é à-toa que se fala em campanhas, combate, vigilância

(31) - as campanhas sanitárias foram elementos importantes no processo de centralização da política de saúde, de sua caracterização como nacional - pelo menos no sentido espacial.

A centralização da política de saúde pelo Estado Nacional - entre 1930 e 1937 - efetiva-se pela crescente participação de "Assistentes Técnicos do Governo Federal", verdadeiros intervenientes do Departamento Nacional de Saúde junto aos serviços estaduais de saúde. Em 1937 o Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social assume plenamente a coordenação dos Departamentos Estaduais de Saúde, num importante movimento no sentido de centralização. Desde então uniformiza-se a estrutura dos departamentos estaduais, estabelecendo-se um padrão de organização formado por uma Diretoria, uma Coordenação de Órgãos Centralizados (serviços especiais como o combate à tuberculose, à lepra, além de hospitais e laboratórios) e uma Coordenação de Órgãos Descentralizados (centros de saúde nas cidades maiores e postos de higiene na área rural) (32).

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

"Fica criada a Caixa de Fundos para os serviços de assistência e saúde pública nos municípios, para a qual contribui cada município com 0,5% de toda a receita arrecadada. A contribuição municipal começará a ser feita desde o momento em que o Departamento de Saúde Pública Estadual iniciar as instalações, nos distritos sanitários, dos serviços de higiene que irão atuar em caráter permanente" (33).

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

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

ção de 30 inicia-se a constituição de uma política nacional de saúde. Mais ainda, a reestruturação e dinamização dos serviços de saúde configuram o primeiro momento do processo de concretização dessa política que, entretanto, continuará limitada, sua plena constituição tendo que aguardar necessariamente uma outra etapa do desenvolvimento brasileiro, na década de 50.

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

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

Como resultado desta reforma, fica criada a estrutura básica do que constituirá, em 1953, o Ministério da Saúde: o Departamento Nacional de Saúde passa a ser composto pelos Serviços Nacionais de Tuberculose, de Peste, de Malária (unificando os serviços regionais), de Lepra, de Câncer e de Doenças Mentais; incorpora também os já criados: Serviço Nacional de Febre Amarela (1937), Departamento Nacional da Criança (1940), Serviço Nacional de Educação Sanitária (1941), Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, Serviço Federal de Bioestatística e Serviço Federal de Biometria Médica. Mantém também o Curso de Saúde Pública, centralizando e integrando alguns cursos já existentes, inclusive no Instituto Oswaldo Cruz (34).

Durante a Segunda Guerra Mundial, por razões de ordem estratégica, vinculadas à produção de borracha na Amazônia e do manganês no Vale do Rio Doce, é criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em convênio com a Fundação Rockefeller (35), já que os trabalhadores eram sistematicamente dizimados pela malária e febre amarela.

No final da década de 40 é dado um passo importante no sentido da "legitimização" das ações de atenção à saúde como instrumentos da política nacional. O Plano SALTE, de 1948, apresenta

va a questão da saúde como uma de suas prioridades principais. Será na década de 50, momento de inflexão da economia brasileira e de reaparelhamento do Estado, que o setor da saúde pública atingirá sua estrutura definitiva, consolidando as tendências assinaladas. Toda a estrutura do aparelho estatal em saúde pública que vinha sendo montada desde o Estado Novo amplia-se, tanto pela extensão relativa do atendimento, quanto porque se acentua a tendência centralizadora anterior. Mas a outra face desse movimento será a manutenção das limitações estruturais que desde o início marcaram também o setor.

Apesar do discurso do poder não deixar de considerar a importância da questão — como se revelava, por exemplo, no Plano Salte — a verdade é que barreiras estruturais estiveram sempre comprometendo a efetivação das soluções requeridas pelo quadro de saúde da população. De fato, a saúde pública, ainda que elevada à condição de questão social, não esteve em nenhum momento entre as opções prioritárias da política de gastos do governo.

Em primeiro lugar, porque nesta etapa da industrialização brasileira o Estado concentrou seus recursos relativamente escassos nos requisitos básicos para o próprio avanço do processo de industrialização. E em segundo lugar, esse fenômeno explica-se pela própria estreiteza da base financeira deste Estado, reflexo do limitado desenvolvimento industrial, mas também reflexo da ausência de suporte e pressões sociais que o levasse a uma radical reforma tributária (36). Nestas condições, os serviços de saúde pública padeceram (e padecem, até hoje) de uma carência crônica de recursos, a comprometer sempre o atendimento à população. Tal situação se viu agravada por um outro fato: o modelo sanitário que se foi gestando implicava requisitos técnicos e financeiros relativamente elevados, conflitantes com a realidade econômico-social brasileira.

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

A criação do Ministério da Saúde, em 1953, se por um lado evidencia mais uma vez a importância relativa da Saúde Pública na política estatal da saúde, mostra também seu caráter secundário no conjunto das prioridades políticas do Estado brasileiro. Com efeito, na partilha do espólio do antigo Ministério da Educação e

Saúde, coube ao setor de saúde a menor parte: a menor do orçamento, assignação de apenas 1/3 do imposto sobre Educação e Saúde, etc. O Ministério da Saúde manteve basicamente a estrutura do extinto DNS, ampliando, no entanto, o quadro de enfermidades sob seus cuidados: ancilostomose, bócio, boubas, brucelose, doença de Chagas, esquistossomose, filariose, leishmanioses, tracoma (37).

Nos anos 50, já sem a participação da F. Rockefeller, expande-se também o Serviço Especial de Saúde Pública - SESP - passando a atender a área da Estrada de Ferro Vitória-Minas, o Vale do São Francisco e ao mesmo tempo aumentando o espectro de suas atividades: assistência médica, educação sanitária, saneamento, combate à malária, controle de doenças transmissíveis, e desenvolvimento de pesquisas em medicina "tropical" (38) em convênio com o Instituto Evandro Chagas. Este serviço passará, como Fundação, para o Ministério da Saúde, em 1963.

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

"... pontos críticos das vias principais de transporte e possuam fatores evidentes de desenvolvimento econômico (facilidade de energia, transporte, fertilidade do solo, riqueza mineral, abundância de mão-de-obra, etc.), entravados pela falta de condições sanitárias do meio" (39).

O DNERu centralizava os serviços de combate às enfermidades endêmicas antes sob a responsabilidade do DNS, acrescentando também os serviços de combate à febre amarela, malária e peste. Observem-se as características básicas desta reforma: a "racionalização" administrativa e a atribuição de maior status burocrático às campanhas sanitárias. Estão presentes aí os elementos fundamentais na institucionalização do Ministério: as campanhas e a centralização. Os intentos de estender o atendimento médico-sanitário de massa - as chamadas medidas de saúde coletiva - se inscrevem nas transformações econômicas da época, que incluíam a aceleração dos movimentos migratórios internos, a intensificação da expansão econômica - por ocasião, a Operação Nordeste e a construção de Brasília - o aprofundamento da urbanização, contrastado com elevadíssimas taxas de crescimento populacional urbano no período 50/60: 67,9%

do Nordeste, 66,6% no Sudeste e 70,3% nos países (10).

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

É o que se discute em detalhe a seguir.

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

4.1 Em torno do debate sobre as formas de atenção médico-sanitária

No Brasil, o sistema de saúde pública se desenvolve segundo um dado padrão que é posto em debate desde os anos 50, tendo como questões centrais o alcance e dimensões da assistência médica e sua estrutura administrativa (41).

A primeira questão pode ser resumida ao que veio a ser conhecido como o círculo vicioso da pobreza e doença (42). Entretanto, numa visão equivocada da realidade, os sanitaristas da época viam a relação causal no sentido doença - pobreza: para eles, solucionado o problema da doença, a pobreza estaria automaticamente resolvida. Isto levava a um outro equívoco, o método de combate à doença: comparando os níveis de doença e as ações sanitárias dos "países pobres" aos dos "países ricos", concluíram que para alcançar o mesmo nível de saúde bastava gastar os mesmos recursos e montar a mesma estrutura. A impossibilidade de tal procedimento não lhes era evidente e por muitos anos perseguiu-se tal objetivo, já mais alcançado ou sequer alcançável. Observa-se que tal posição era defendida pelos norte-americanos, como se pode depreender da atuação da SESB, patrocinada pela Fundação Rockefeller e que disseminou pelo Brasil ao longo de quase 20 anos unidades sanitá-

rias-modelo, inadequadas à estrutura brasileira e às nossas possibilidades financeiras.

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

Este problema, na verdade, ultrapassava em muito a questão da saúde pública, estando inscrita no bojo das transformações ocorridas desde o Estado Novo. Entretanto, em 1926, antes da montagem de uma política nacional de saúde, discutia-se nestes termos:

"Deve ser transitória a interferência das autoridades sanitárias federais nos Estados, como transitória deve ser a ação das autoridades sanitárias estaduais sobre os municípios; (...) os serviços sanitários precisam ser, cada vez mais, municipalizados" (43).

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

"A ingerência do poder central na Saúde Pública dos estados se acentuou, ultrapassando as suas atribuições normativa, supletiva e coordenadora para a ação executiva direta e muitas vezes intempestiva. O advento das 'Campanhas' agravou o problema, estabelecendo-se, praticamente, uma estrutura executiva própria, dispendiosa e quase sempre desvinculada das organizações estaduais" (44).

Na medida em que esta estrutura foi montada, este debate muitas vezes se confundiu com o outro, paralelo, onde se questionava a aplicação, no Brasil, de certas medidas "clássicas" de saúde pública.

Ambas as discussões refletiam, a nível da saúde pública, o debate nacional. De um lado, aqueles que supunham que o progresso, a riqueza e o bem-estar seriam alcançados se fossem seguidos os caminhos percorridos pelos países capitalistas industrializados - visão que tem como paradigma na teoria do desenvolvimento econômico, Rostow.

De outro lado, estavam os que pretendiam um caminho "na-

cionalista" para o Brasil. Embora esta corrente seja mais diversificada que a anterior, e abrigue em seu interior diversas expressões políticas, interessa ressaltar aqui que seus defensores tinham em comum a busca de uma prática que estivesse - a seu ver - articulada à realidade brasileira.

Na prática sanitária, a atuação da SESP refletia a primeira das posições acima expostas. Sua idéia era montar nas áreas rurais sob sua responsabilidade aparelhos de atenção à saúde complexos e diversificados; instalava postos de saúde e hospitais, arcando com os vultosos custos de implantação, e passando, paulatinamente, a administração e os gastos de custeio para os governos estaduais e municipais. Também o financiamento da própria SESP passaria gradualmente da Fundação Rockefeller à responsabilidade do governo brasileiro, como se pode ver pelas tabelas abaixo:

Tabela 2

Financiamento da campanha anti-malária
segundo fontes de recursos - 1958/65
(Em \$)

Anos	Governo brasileiro	Fundação Rockefeller *
1958	18,1	9,9
1959	40,7	39,3
1960	31,5	68,5
1961	57,8	42,2
1962	87,2	12,8
1963	75,1	24,9
1964	71,9	28,1
1965	93,8	6,2

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

Fonte: Min. de Planejamento, 1966.

Tabela 3
Recursos à disposição do "SESP" - 1942-1952
(Em Cr\$ e US\$)

ANO	ESTADOS UNIDOS		BRASIL Cruzeiros	TOTAL Cruzeiros
	Dólares	Equiv. Cruzeiros		
1942-43	5 000 000	98 576 716	9 000 000	107 576 716
1944	1 250 000	24 750 000	10 000 000	34 750 000
1945	300 000	9 800 000	20 000 000	29 800 000
1946	500 000	9 800 000	20 000 000	29 800 000
1947	500 000	9 250 000	20 000 000	29 250 000
1948	250 000	4 595 000	30 000 000	34 595 000
1949	230 000	4 375 000	30 000 000	34 595 000
1950	215 000	3 951 700	29 000 000	33 951 700
1951	250 000	4 595 000	26 000 000	30 890 000
1952	300 000	5 514 000	75 000 000	80 814 000
TOTAL	9 015 000	175 427 416	380 000 000	554 427 416
Juros, etc.				3 580 904,90
				561 008 320,90
Dotações do Governo Federal, Estados e Municípios para obras e projetos especiais				167 821 326,70
				728 829 648,40
Pessoal IIAA (pagº diretamente pelo Governo dos Estados Unidos)				53 991 563,17
TOTAL GERAL				782 821 211,47

Fonte: Correio da Manhã, 25/01/1953; apud Nagalhães da Silveira, M.: 1951.

Pelo modelo da SESP, um posto de atenção à saúde era constituído por um médico, um microscopista, um laboratorista e um guarda-chefe (45): um sistema de elevados custos, que se baseava na crença de que o nível de saúde da população dependia diretamente do gasto per capita com atenção.

Por longos anos esta orientação teve caráter e foi mesmo dominante, vindo a orientar a política de Saúde Pública do Governo Brasileiro. Esta posição só deixa de ser defendida embora na prática não tenha sido inteiramente abandonada em 1963 quando a SESP faz autocrítica:

"Os motivos de nossas deficiências são vários, sobressaindo entre eles, porém, a tentativa que fizemos de aplicar, em nossas áreas, esquemas de trabalho calcados nos outros países, sem levar em conta as profundas diferenças econômicas-sociais existentes entre os países de economia predominantemente agro-pastoril e os de nível industrial e tecnológico avançado" (46).

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

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

Estava assim claro, o quanto era estreito e equivocado o modelo sanitário da saúde pública até então vigente, ao qual se atribuía a capacidade de romper o "círculo vicioso da pobreza". Na metade dos anos 50 a ideologia "desenvolvimentista" coloca de outra forma esta questão, invertendo os termos da relação doença-pobreza, afirmando agora que o desenvolvimento econômico traria consigo, necessariamente, um melhor nível de saúde de população.

Apesar da amplitude do debate na década de 50, poucas alterações sofreu o sistema sanitário. Do que diz respeito, por exemplo, às competências administrativas, permaneceu o delineado pelo Estado Novo, a despeito, por exemplo, do encaminhamento do Ministro da Saúde já em 1963:

"Torna-se indispensável a organização de uma estrutura permanente de modo a atender à população brasileira e que se dará mediante com a integração do município naquilo que se poderia chamar de Rede Nacional de Saúde. Tal processo descentralização das tarefas executivas, no âmbito da ação curativa, é indispensável como postulado capaz de reforçar os órgãos estaduais e municipais, que receberão subsídios federais".

dentis dentro de normas que variam em função da complexidade dos problemas sanitários locais, da escassez de recursos e da densidade demográfica" (47).

Entretanto, as decisões sobre a política de saúde pública deveriam obedecer às orientações mais gerais da política nacional. Em 1966 a centralização ainda era a posição dominante, e assim permanece até hoje. Naquele ano, o Ministro da Saúde, Raymundo de Britto, a despeito dos fatos, que viriam à luz mediante um simples exame da história de seu Ministério, reveladora de sua ineficiência, afirmava:

"O combate sistemático às endemias rurais é encargo da União, em face do preceito constitucional (...). A própria experiência colhida com o combate à malária indica que a institucionalização de campanhas seria o caminho mais acertado para a mobilização geral contra as doenças endêmicas" (48).

O debate estava encerrado. Sem discussões, silenciosamente, o Ministério da Saúde marchava para a decretação administrativa.

4.2 O gasto em saúde pública

Entre 1956 e 1964 os dispêndios do Estado com as medidas de atenção coletiva à saúde apresentaram um comportamento relativamente favorável, embora a presença de taxas de crescimento negativo em alguns anos já anunciassem posterior congelamento e até declínio das despesas.

Foi entre 1961 e 1964 que se registraram as maiores participações do Ministério da Saúde no Orçamento Global da União das décadas de 60 e é 1964: 4,57%, 4,31%, 4,10% e 3,65%; mas a tendência, observada, já era à diminuição.

Observe-se os dispêndios em alguns programas específicos do Ministério:

Apesar do gasto no combate às endemias rurais ter-se elevado no período, o que pode ser constatado pelo dispêndio do DNERU - Departamento Nacional de Endemias Rurais - (Tabela 1) já se apresentava uma certa instabilidade, pois nos anos de 1959 e 1961 reduzem-se seus recursos em 8,50 e 30,20 respectivamente. É, no entanto, o programa do Ministério da Saúde de comportamento mais fa-

Tabela 4

Ministério da Saúde - Despesas consolidadas em alguns programas - 1956/69
(Cr\$ 1.000 de 1976)

	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
Atenção Materno-Infantil (1)	27.572	54.317	53.406	71.466	96.103	79.459	68.711	45.704	39.797	68.873	46.982	57.646	46.294	45.988
Δ %	-	37,0	-1,7	37,6	35,8	-17,3	-13,5	-32,5	-12,9	73,1	-31,9	23,0	-19,7	-0,7
Tuberculose (2)	76.124	106.534	115.636	135.708	144.352	102.363	116.276	130.534	84.275	143.832	89.321	102.728	97.750	66.162
Δ %	-	39,9	8,5	-17,2	16,4	-7,5	12,5	-13,5	-16,2	70,7	-37,9	15,0	-4,9	-22,3
Endemias Rurais - UNER - (3)	116.663	268.902	346.210	316.949	334.512	213.539	364.138	405.465	423.204	662.171	395.819	533.425	559.075	273.175
Δ %	-	111,4	19,8	-8,5	5,5	-36,2	70,5	11,3	19,2	37,0	-40,2	34,8	4,9	-51,2
Doenças mentais (4)	74.625	96.301	111.668	117.445	107.169	84.578	59.675	64.422	64.506	81.531	117.721	108.364	28.314	89.519
Δ %	-	29,0	16,0	5,2	-9,7	-20,7	-29,8	8,0	0,1	27,0	43,7	-7,9	-73,9	216,2
Câncer (5)	43.457	53.792	46.208	60.660	58.310	52.433	63.880	53.578	47.426	50.304	61.902	49.338	49.333	27.024
Δ %	-	23,8	-14,1	31,3	-3,0	-10,5	21,8	-16,1	-11,5	6,1	23,1	20,3	0,0	-45,2
Lepra (6)	38.961	45.920	61.533	61.840	61.158	50.625	42.984	36.792	34.329	16.233	44.018	43.309	40.814	24.354
Δ %	-	18,9	34,0	0,5	-1,1	-17,2	-15,1	-14,4	-6,2	-52,7	171,2	-1,6	-5,8	-40,3

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

Fonte: Ministério da Fazenda - Orçamentos Gerais do União.

vorável. Em 1964, seu nível real de gasto era superior ao de 1957 em 67,2%. Os recursos aplicados no combate à tuberculose reduzem-se a partir de 1959, e apesar de alguns anos de recuperação intercalados com outros de queda, sua tendência é ao declínio, de tal modo que em 1964 apresenta um nível real inferior ao alcançado em 1957. O mesmo ocorre nos dispêndios com lepra. Com a atenção materno-infantil dá-se o mesmo processo, verificando-se reduções significativas e sucessivas entre 1961 e 1964. As medidas de atenção ao câncer e às doenças mentais igualmente têm seus recursos declinantes. É inegável, portanto, que o Ministério da Saúde, principal aparelho de Estado destinado aos cuidados de saúde pública, já começava a ser submetido a restrições financeiras, com a importante excessão assinalada.

O resultado da política de saúde pública nas décadas de 40 e 60 foi que, apesar da grande melhoria das condições sanitárias da população brasileira, permaneceu, de forma dramática, o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade, de mortalidade infantil, etc. (49).

A partir dos anos 60 observa-se o declínio relativo do subsetor de saúde pública e o crescimento da medicina previdenciária. Sua formação e desenvolvimento serão vistos a seguir. Finalizando, duas hipóteses explicativas deste comportamento dos gastos da União com o Ministério da Saúde.

A primeira diz respeito à eficácia política da saúde pública. Não havendo mobilização popular em torno deste tema, não havia pressões para que o Governo expandisse sua ação. Ele o fez, justamente, apenas na área das Campanhas Sanitárias, que além de seus efeitos centralizadores sobre a estrutura administrativa do Ministério, apresentava ainda vultosos dividendos políticos (50).

A segunda hipótese diz respeito à questão da tributação. A estrutura tributária brasileira, principalmente nesse período, carregava uma quantidade de recursos muito pequena. Com a carência de recursos e a ausência de pressões políticas, a saúde pública viu-se muito pouco aquirhoda. Ao mesmo tempo, o sistema previdenciário apresentava-se substancialmente auto-financeável, crescendo sua disponibilidade financeira diretamente com o aumento do emprego, tanto que atualmente o orçamento do INPS só é superado pelo da União. E como o objetivo da atenção médica previdenciária - recupe-

ração e manutenção da força de trabalho - agregava, ademais, forças políticas consideráveis, não é de espantar que no que toca à atenção médica como política social governamental, a previdência tenha sido reforçada e privilegiada.

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

A medicina previdenciária surge de fato no Brasil na década de 30, com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). É bem verdade que os anos 20 vêm surgir as Caixas de Aposentadoria e Pensões, que se juntam às políticas empresariais e estatais de higiene e saúde; entretanto, suas limitações políticas e atuariais permitem afirmar que a previdência social com suas características de extensão de cobertura, universalização, etc., é criada no Brasil apenas com os Institutos, quando se instala um esquema que deveria sobreviver por cerca de 30 anos. O conjunto de reformas e alterações no aparelho de Estado, a legislação trabalhista elaborada nos anos 30 e reforçada no Estado Novo (51) contemplam desde logo a feitura de um aparelho de serviços centralmente controlado e pretendendo estender ao conjunto dos assalariados urbanos os benefícios de previdência. Os IAPs, assim, cumprem esta nova função, não sendo um produto da evolução das Caixas, cuja estrutura, aliás, nem é de imediato desmontada.

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

- a) os fundos passam a organizar-se por "categoria profissional" e não por empresas, de tal modo que os trabalhadores de pequenas empresas, antes excluídos dos benefícios, passam a auferi-los;
- b) Ao contrário das CAPs, que juridicamente eram sociedades civis, os IAPs são constituídos como autarquias, significando, portanto, maior controle do Estado sobre o sistema, embora mantenha-se o critério anterior na organização administrativa;
- c) Dentro da mesma categoria, igualam-se os benefícios recebidos em todo o território nacional, obedecendo-se às diferenças salariais;

d) Sindicato e sistema previdenciário passam a se vincular e cria-se espaço para uma certa manifestação dos interesses dos trabalhadores assalariados, segundo as categorias. Dados os interesses às vezes divergentes em seu interior, surgem "clientelismos" no controle e manipulação de verbas e empregos, dando margem a composições para a estrutura partidária populista.

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

Em 1953 há uma tentativa por parte do Estado, respondendo a pressões vindas de alguns Institutos, no sentido de uniformizar os regimes previdenciários, ainda que não se cogitasse de um processo de unificação total. Neste ano os resultados do 1º Congresso Nacional de Previdência Social levam à decretação desta uniformização e à aprovação da estatização do seguro contra acidentes de trabalho (52). Embora tal uniformização concilie duas tendências (por um lado, atende à massa de trabalhadores prejudicados pela diferenciação dos regimes previdenciários e, por outro responde aos interesses políticos que tinham como base a atuação dos IAPs-CAPs), este movimento centralizador tem vida efêmera: o decreto será revogado por Café Filho, com a invocação de sua inconstitucionalidade. Outra tentativa de uniformização dos regimes previdenciários será feita em 1960, com a aprovação da Lei Orgânica de Previdência Social que abrangia todos os assalariados em regime de CLT, igualando os benefícios a serem auferidos. A Lei, entretanto, nunca foi regulamentada, mantendo-se a diferenciação interna dos Institutos no que diz respeito aos benefícios previdenciários.

Enquanto tais modificações formais eram tentadas, concretamente iam se dando transformações importantíssimas nos próprios Institutos. O final dos anos 50 e principalmente o início da década de 60 assistem a uma substancial expansão da assistência médica previdenciária, no que viria a ser um novo padrão de atenção à saúde no país. Ao mesmo tempo, os problemas decorrentes da ausência de escala econômica vão configurando o agravamento da situação financeira dos institutos, criando uma exigência interna de "racionalização" que culminaria na unificação de 1966/67. Ocorriam, assim, até a unificação, movimentos que expunham ao limite aquela es

trutura, ainda que não chegassem a rompê-la, dada a ausência de condições políticas e econômicas que possibilitassem uma transformação radical.

A correta compreensão da evolução do sistema previdenciário brasileiro e de sua atenção médica deve levar em conta as seguintes questões:

- A amplitude deste sistema previdenciário enquanto política de atenção à saúde, e o seu correspondente processo histórico de centralização.

- O crescimento da massa de assalariados urbanos, decorrente da expansão capitalista, e mesmo o assalariamento de parte da mão-de-obra agrícola, requerendo a extensão da medicina previdenciária.

- Os bloqueios, por parte das categorias de trabalhadores melhor assistidos, à uniformização dos benefícios e serviços prestados pelo sistema previdenciário.

- O nível de organização dos trabalhadores e sua força política, que determinarão o grau de sua participação na formulação das políticas sociais do Estado.

- As especificidades do desenvolvimento econômico brasileiro, já que é somente quando amadurece o "pacote" de investimentos do período JK que a economia brasileira move-se na dinâmica própria do capitalismo industrial. Durante todo este período de formação o Estado brasileiro está ainda transformando-se na direção de centralizador e mobilizador de recursos, processo que se consolidará a partir dos eventos políticos de 1964. É necessário, ademais, levar em conta que tanto o Estado como o conjunto das empresas empregadoras possuíam uma estreita base financeira incapaz de sustentar um sistema previdenciário ampliado.

- Finalmente, há que considerar o progresso tecnológico ocorrido no pós-guerra na área de atenção médica, elevando sua eficiência - e custos - e transformando o hospital no centro do sistema. A medicina previdenciária será, assim, essencialmente hospitalar e curativa.

Será no marco definido por estas questões que se realizará a análise da medicina previdenciária no Brasil.

5.1 O tipo de gasto com medicina previdenciária em 1923-1950

A análise do conjunto previdenciário - CAPs e IAPs - desde o seu surgimento em 1923 até 1949, demonstra um comportamento clássico (53) de esquema de seguro social. Veja-se, por exemplo, as Tabelas 5 e 6, que mostram o comportamento dos recursos financeiros dos Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões.

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

Não há nesta evolução nada de "estranho", quando se examina mais detidamente seu significado. Tomando-se o gasto com Assistência Médica em relação à Despesa Total e à Receita Total verifica-se que ambos os coeficientes são decrescentes ao longo de todo o período, salvo alternâncias eventuais de certos anos para outros. A relação Assistência Médica/Despesa Total cai de 47,1% em 1923, para 13,8% em 1930; para 10,2% em 1939 e daí para 7,3% em 1949. Ademais, tomando-se o dispêndio com Assistência Médica por segurado ativo verifica-se seu decréscimo em termos reais (Tabela 6). Isso também é esperado; não há por que supor que a assistência médica deva crescer ao mesmo ritmo em que cresce o número de segurados, numa fase de composição do sistema. Além disso, em todos os países somente a partir da década de 1950 - com a descoberta de novos produtos farmacêuticos e com a aplicação de equipamentos mais sofisticados de diagnóstico e intervenção - os custos da assistência médica vão disparar.

Estas constatações sustentam a afirmação de que até a década de 1950 não se verifica nenhuma expansão significativa da assistência médica individual à população brasileira. O Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social confirma este fato:

"A assistência médica e hospitalar geral ainda é, em grande parte, de natureza privada, embora aumente progressiva e rapidamente a importância do financiamento dessa assistência com recursos oficiais. Os maiores gastos públicos nesse campo são feitos pelas instituições de Previdência Social" (54).

Tabela 5
Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões
(Cr\$ 1.000 de 1976)

Ano	Receita T.	Despesa T.	Ass. Méd.	Saldo	Reservas	(2/1)%	(3/1)%	(3/2)%
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)			
1923	57.425	7.181	3.380	50.270	50.270	12,5	5,9	47,1
1924	77.579	22.372	6.134	55.207	98.147	28,8	7,9	27,4
1925	78.820	32.475	8.119	46.006	138.019	41,2	10,3	25,0
1926	84.631	41.004	9.841	43.628	174.184	48,4	11,6	24,0
1927	97.465	49.531	10.226	47.934	220.814	50,8	10,5	20,6
1928	197.201	79.140	14.271	118.061	366.185	40,1	7,2	18,0
1929	224.833	110.783	17.647	114.051	482.013	49,3	7,8	15,9
1930	226.022	146.250	20.123	87.319	615.133	64,7	8,9	13,8
1931	235.164	154.536	20.903	80.628	713.330	65,7	8,9	13,5
1932	343.798	187.324	23.787	156.475	866.000	54,5	6,9	12,7
1933	380.140	210.639	26.992	169.451	1.048.572	55,4	7,1	12,8
1934	443.434	230.238	30.258	212.848	1.336.909	51,9	6,8	13,1
1935	737.571	259.800	32.679	477.444	1.618.940	35,2	4,4	12,6
1936	794.885	275.572	32.690	519.313	1.803.115	34,7	4,1	11,9
1937	957.946	330.890	38.222	627.315	2.457.171	34,4	4,0	11,6
1938	1.427.619	411.991	44.039	1.015.628	3.475.530	28,9	3,1	10,7
1939	1.685.830	493.146	50.413	1.192.934	4.581.065	29,3	3,0	10,7
1940	1.863.575	624.142	83.490	1.239.672	5.600.034	33,5	4,5	13,1
1941	2.054.579	754.349	53.330	1.310.229	6.417.470	36,5	2,9	7,9
1942	2.079.913	820.085	55.890	1.254.023	7.003.945	39,5	2,7	6,9
1943	2.397.803	980.999	54.344	1.416.804	7.700.372	40,9	2,3	5,5
1944	2.704.701	1.098.747	64.988	1.605.954	8.152.944	40,6	2,4	5,9
1945	3.106.775	1.306.425	70.098	1.800.250	8.927.457	42,1	2,3	5,4
1946	4.230.608	1.746.943	101.430	2.483.665	10.083.617	44,3	2,4	5,8
1947	4.538.508	2.028.221	132.632	2.510.386	11.445.869	44,7	2,9	6,5
1948	4.848.087	2.283.271	191.541	2.555.362		47,1	4,0	8,4
1949	5.766.977	2.613.095	189.796	3.153.882		45,3	3,3	7,3

Fonte: Rezende da Silva, F.A., Mahar, R.D., 1974.

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

ANOS	RECEITA TOTAL		DESPESA										SALDO		Fundo de Garantia (Reservas)	
			Total		Aposentadorias		Pensões		Serv. Méd. Hosp. (*)		Outras					
	valor	Índ.	valor	Índ.	valor	Índ.	valor	Índ.	valor	Índ.	valor	Índ.	valor	Índ.		
1923	2.498,88	1,00	312,36	1,00	73,50	1,00	3,67	1,00	146,99	1,00	91,87	1,00	2.186,52	1,00	2.186,52	1,00
1924	2.519,46	1,01	726,54	2,32	351,55	4,78	23,11	6,39	199,21	1,36	152,34	1,66	1.792,91	0,81	3.187,41	1,46
1925	1.913,47	0,77	783,38	2,52	427,04	5,81	41,06	11,19	197,10	1,34	123,18	1,34	1.116,87	0,51	3.350,62	1,53
1926	1.589,75	0,64	770,23	2,47	431,33	5,87	43,13	11,75	184,85	1,26	110,91	1,21	819,52	0,37	3.271,92	1,50
1927	1.551,72	0,62	788,58	2,52	442,62	6,02	55,66	15,25	162,80	1,11	127,19	1,38	761,14	0,35	3.515,53	1,61
1928	1.484,34	0,59	595,69	1,99	361,32	4,52	46,39	12,64	107,47	0,72	80,56	0,88	888,66	0,41	2.756,30	1,26
1929	1.600,98	0,64	788,85	2,52	409,61	6,93	67,48	18,39	125,65	0,85	86,10	0,94	812,12	0,37	3.432,33	1,60
1930	1.566,52	0,63	1.026,57	3,27	681,02	9,27	95,85	26,12	141,25	0,95	108,46	1,19	612,92	0,28	4.318,17	1,97
1931	1.598,58	0,64	1.050,49	3,36	687,64	9,36	119,26	32,50	142,09	0,97	101,50	1,10	548,68	0,25	4.819,02	2,22
1932	1.843,60	0,74	988,60	3,16	594,34	8,08	117,62	32,07	125,54	0,85	151,04	1,64	825,80	0,38	4.570,35	2,09
1933	1.802,61	0,72	999,08	3,23	627,54	8,54	142,22	38,75	128,00	0,87	101,33	1,10	803,53	0,37	4.372,29	2,27
1934	1.616,06	0,65	839,08	2,69	505,73	6,99	128,02	34,38	110,27	0,75	95,02	1,03	775,71	0,35	4.415,96	2,02
1935	1.568,95	0,60	524,46	1,68	290,27	3,95	82,78	22,83	65,97	0,45	84,44	0,92	963,03	0,44	3.268,17	1,49
1936	1.114,53	0,47	403,72	1,29	204,59	2,78	63,02	17,17	47,69	0,32	83,22	0,96	760,61	0,35	2.641,62	1,21
1937	1.133,93	0,45	391,69	1,25	179,07	2,44	63,28	17,24	45,24	0,31	104,09	1,13	742,56	0,34	2.308,54	1,33
1938	758,72	0,32	230,50	0,74	93,03	1,27	36,84	10,04	24,66	0,17	75,97	0,83	568,22	0,26	1.944,48	0,89
1939	916,77	0,37	268,18	0,86	104,91	1,43	43,43	11,83	27,41	0,19	92,42	1,01	648,73	0,30	2.491,22	1,14
1940	874,18	0,39	326,27	1,04	118,68	1,61	50,02	13,63	43,64	0,30	113,92	1,24	648,03	0,30	2.930,54	1,34
1941	971,70	0,39	355,04	1,14	120,27	1,75	51,02	13,90	27,95	0,19	147,79	1,61	616,66	0,28	3.020,39	1,38
1942	910,41	0,36	359,83	1,15	136,09	1,85	52,96	14,43	24,57	0,17	146,21	1,59	550,58	0,25	3.073,13	1,41
1943	926,66	0,39	399,57	1,28	144,09	1,96	56,69	15,45	22,14	0,15	176,65	1,92	577,08	0,26	3.144,61	1,44
1944	1.024,59	0,41	416,22	1,33	137,18	1,87	56,45	15,38	24,62	0,17	197,98	2,15	608,36	0,28	3.083,48	1,41
1945	1.124,49	0,45	472,89	1,51	149,99	2,04	60,97	16,61	25,37	0,17	236,57	2,58	651,60	0,30	3.231,28	1,48
1946	1.497,87	0,60	618,52	1,98	176,11	2,40	73,23	19,95	35,91	0,24	333,27	3,63	514,62	0,24	3.569,81	1,63
1947	1.567,37	0,63	700,45	2,24	178,12	2,42	74,21	20,22	45,80	0,31	402,32	4,38	866,96	0,40	3.952,83	1,81
1948	1.695,85	0,68	801,99	2,57	207,22	2,81	85,35	23,26	67,00	0,46	442,41	4,82	893,86	0,41	4.615,53	2,11
1949	1.987,21	0,80	900,43	2,88	224,76	3,06	93,17	25,39	65,40	0,44	517,06	5,63	1.086,78	0,50	5.532,11	2,44
1950	2.181,72	0,87	1.115,51	3,57	327,84	4,46							1.066,21	0,49	5.704,86	2,65

(*) Assistência médica.

Fonte: Arouca, A.S.S., op.cit.

O comportamento do gasto em medicina previdenciária revela a lógica interna da própria etapa de constituição do sistema previdenciário. Assim, a participação da assistência médica no total das despesas do sistema, inicialmente elevada, apenas revela a menor importância dos outros itens, como aposentadorias e pensões. Ou seja, a queda que se verifica no coeficiente Assistência Médica/Despesa Total entre 1923 e 1930 mostra que as outras despesas típicas do seguro social vão "ganhando posição". Por exemplo, de 1924 a 1933 os aumentos das aposentadorias são substanciais (Tabela 6), ocorrendo a partir daí uma certa estabilização. As pensões também elevam-se entre 1924 e 1934, estabilizando-se relativamente desde então.

Enquanto isso, a assistência médica perde posição relativa na Despesa Total e inclusive per capita, mas não ocorre redução real do gasto global com atenção à saúde (Tabela 6). Ele passa a crescer mais lentamente: aproximadamente 5 vezes entre 1923 e 1930; 4 vezes entre 1930 e 1940; 2 vezes entre 1940 e 1959 (Tabela 5). (Lembremos que em 1923 parte-se do zero, por isso o crescimento a taxas elevadas.) Já a proporção da Despesa com Assistência Médica sobre a Receita Total é declinante, porém com variações num intervalo bastante menor do que o das acentuadas quedas da Assistência Médica sobre a Despesa Total.

As observações anteriores são também uma demonstração de que o caráter do gasto previdenciário em saúde não sofre alterações fundamentais no período.

Na realidade, entre 1938 e 1945 os coeficientes estiveram mais baixos, recuperando-se após aquela data num declínio dentro da tendência que já vinha se verificando (Tabela 6). Até 1950 o sistema previdenciário vivia uma saudável situação financeira, pois a relação Despesa/Receita na década de 40 revela uma ponderável taxa de excedente; a partir dos anos 50, no entanto, a situação agravar-se-á por razão de vários fatores, como se verá.

6. Crise e transformações na Medicina Previdenciária

Dos anos finais da década de 50 até 1960 ocorrem duas ordens de mudanças no âmbito da Previdência Social: por um lado, cres-

ce a prestação de assistência médica; por outro, a situação econômico-financeira do sistema previdenciário sofre grave crise.

Se em 1949 o gasto com Assistência Médica compunha 7,3% da despesa total, em 1960 já estava em 19,3%; ou seja, num patamar em que havia estado na década de 20, mas agora com um significado qualitativo e quantitativo diferente. Este índice refletia pressões crescentes da demanda por cuidado médico, decorrentes do intenso processo de urbanização das décadas de 40 e 50, que colocou nas cidades uma grande massa assalariada, em condições de trabalho geralmente más e remuneração baixa e que encontrava no esquema previdenciário um complemento indispensável às suas rendas e seu consumo básico, do qual faziam parte os atos médicos destinados a recuperar sua saúde, isto é, sua própria capacidade de trabalho.

Refletia também a tecnificação e elevação de custos dos atos médicos, cuja inflexão em seu trajeto ascendente principia neste período.

Tabela 7

Despesa total e despesa com assistência médica
consolidada dos IAPs (1960/1966) e do INPS em 1967
(Cr\$ 1.000,00 de 1975)

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

Obs.: AM inclusive pessoal e farmácia

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

Neste período, ao mesmo tempo em que se processava a expansão da medicina previdenciária, montava-se uma estrutura de atendimento hospitalar já basicamente de natureza privada e apontando na direção da formação das empresas médicas. Em 1950, 53,9% dos leitos totais do país eram de propriedade particular; em 1960 esse percentual havia subido para 62,1%, dos quais 14,4% tinham finalidade puramente lucrativa (55). Ademais, ocorre então o avanço da indústria farmacêutica e uma expansão substancial das importações brasileiras de equipamentos médicos.

O crescimento da Assistência Médica é de tal ordem que em 1966 o seu gasto já representava 24,7% do total das despesas consolidadas dos institutos previdenciários, elevando-se para 29,6% em 1967. A Tabela 7 mostra elevadas taxas de expansão deste gasto entre 1960 e 1967, alcançando em três anos do período níveis em torno de 20% e, em 1967, nada menos de 41,9%. Por outro lado, os gastos com Assistência Médico-Hospitalar apresentam taxas elevadíssimas de crescimento: 44,6% em 1961; 35,1% em 1964; 17,6% em 1965, etc., como se pode ver na Tabela 8. Como já se disse, isto se explica pela vinculação do gasto às práticas médicas mais tecnicizadas, relacionadas ao consumo dos produtos da indústria de equipamentos e aparatos médicos e à produção de medicamentos. As unidades de serviços de saúde ficam, assim, submetidas a uma tendência concentradora, no sentido de elevação de seus requisitos de capital.

A divisão do gasto entre Assistência Ambulatorial e Hospitalar é elucidativa. Enquanto a participação do dispêndio em Assistência Ambulatorial em relação ao total da Assistência Médica declina de 36,2% em 1960 para 23,0% em 1967, a participação da Assistência Hospitalar eleva-se de 22,0% para 58,2% no mesmo período (Tabela 8). Portanto, quando os dados já se referem ao INPS, o que se verifica é a cristalização de um padrão que já vinha sendo gestado desde o fim dos anos 50 e que se acelera nos anos 60. Entre 1960 e 1967 o valor real gasto com Assistência Médica (inclusive os relativos a pessoal e farmácia) sobe 3,3 vezes. No mesmo período, o gasto hospitalar (sem considerar o farmacêutico) sobe 9 vezes; o ambulatorial apenas 2,1 vezes (Tabela 8).

Estes movimentos vão resultar numa integração ampliada entre Estado, empresas de serviços médicos (clínicas e hospitais particulares) e empresas industriais (farmacêutica, de equipamen-

Tabela 3

Despesa com AM consolidada dos IAPs (60-66) e do INPS (67)
(Cr\$ 1.000,00 de 76)

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

Obs: - inclusive pessoal, exclusive farmácia

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

Fonte: Tabela elaborada a partir de dados fornecidos por:

INPS - Secretaria de Assistência Médica e Grupo de Planejamento.

tos e aparatos médicos) que corresponderá a uma avançada organização capitalista no setor. Com isto, o setor de atenção médica no Brasil, à semelhança do que ocorre nos demais países industrializados, cresce aceleradamente de importância econômica, mobilizando um volume cada vez maior de recursos, permitindo uma crescente acumulação de capital em seu interior.

Nos dez anos que vão de 1956 a 1966, este setor já configura na forma que hoje se apresenta:

- Em volume cada vez mais substancial, o financiamento do setor se baseia na arrecadação previdenciária.
- A prestação dos serviços de assistência é, cada vez mais, feita por instituições privadas.
- Os padrões seguidos são os das sociedades industrializadas, ou seja, centram-se no sistema hospitalar, com grau elevado de utilização de equipamentos e fármacos; no que diz respeito à mão-de-obra utilizada, ocorre crescente tecnificação e especialização.
- Conseqüentemente, cresce a importância da indústria de equipamentos e farmacêutica; ao mesmo tempo, aumenta a dependência externa, sob as formas de controle do capital, da tecnologia empregada, da importação de equipamentos e de matérias-primas.
- A tecnologia empregada, tanto na prestação do ato médico, como na produção dos insumos, é uma tecnologia de ponta;
- O setor apresenta taxas de crescimento muito mais altas do que as do restante da economia.

A dinâmica do setor se dá através de uma associação entre Estado, empresários nacionais e indústria estrangeira, em que primeiro, além de desenvolver ações próprias, financia o consumo do produto gerado no setor privado; o empresário nacional está presente principalmente no fornecimento de serviços médicos e, secundariamente, na produção de insumos (fármacos e equipamentos); e a indústria estrangeira, na produção de fármacos e das matérias-primas, na produção dos equipamentos importados.

Como características peculiares do setor, tem-se a presença da "corporação" dos médicos, que tradicionalmente, por seu controle do monopólio de um saber específico, detem um poder político importante; desta "corporação", uma parcela mais organizada, aquela ligada aos interesses capitalistas do setor (empresas médicas, hospitais privados, etc.) pretendem falar pelos restantes e têm pressionado no sentido da privatização, que no caso, significa financiamento através do Estado da produção privada. Finalmente, tem-se a presença política dos "beneficiários", isto é, da massa assalariada, que reivindica mais e melhor assistência médica, o que implica expansão do setor.

Resumindo, quando se dá a entrada do Brasil na etapa de acumulação industrial, ou seja, a formação no interior da economia de um setor de produção de bens de capital interrelacionado com a diversificação do consumo, dá-se também a constituição capitalista de um setor de atenção à saúde, em que a produção privada de bens e serviços é crescente e aceleradamente financiada pelo Estado, via arrecadação previdenciária. O crescimento deste setor se dá a taxas maiores do que o restante da economia, como decorrência tanto de seu movimento interno, como das pressões sociais a exigirem maior cobertura e universalização do sistema previdenciário.

Pode-se ver assim que já antes da centralização, no que toca ao complexo produtor de serviços de saúde, estava assentada a estrutura da rede assistencial que serviria de base aos contratos e convênios do INPS. Desta forma, em 1965 63% dos leitos existentes no Brasil pertenciam à rede particular, enquanto 37,0% à oficial. Posteriormente essa tendência vai se acentuando; porém, a composição fundamentalmente privada daquele complexo de serviços já estava dada, como se pode ver pela Tabela 9.

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

Tabela 9 (56)

Capacidade da Rede Hospitalar

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

(1) Fonte: Carneiro, J.: Plano SALTE: O Setor Saúde; Imprensa Nacional, 1948.

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

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

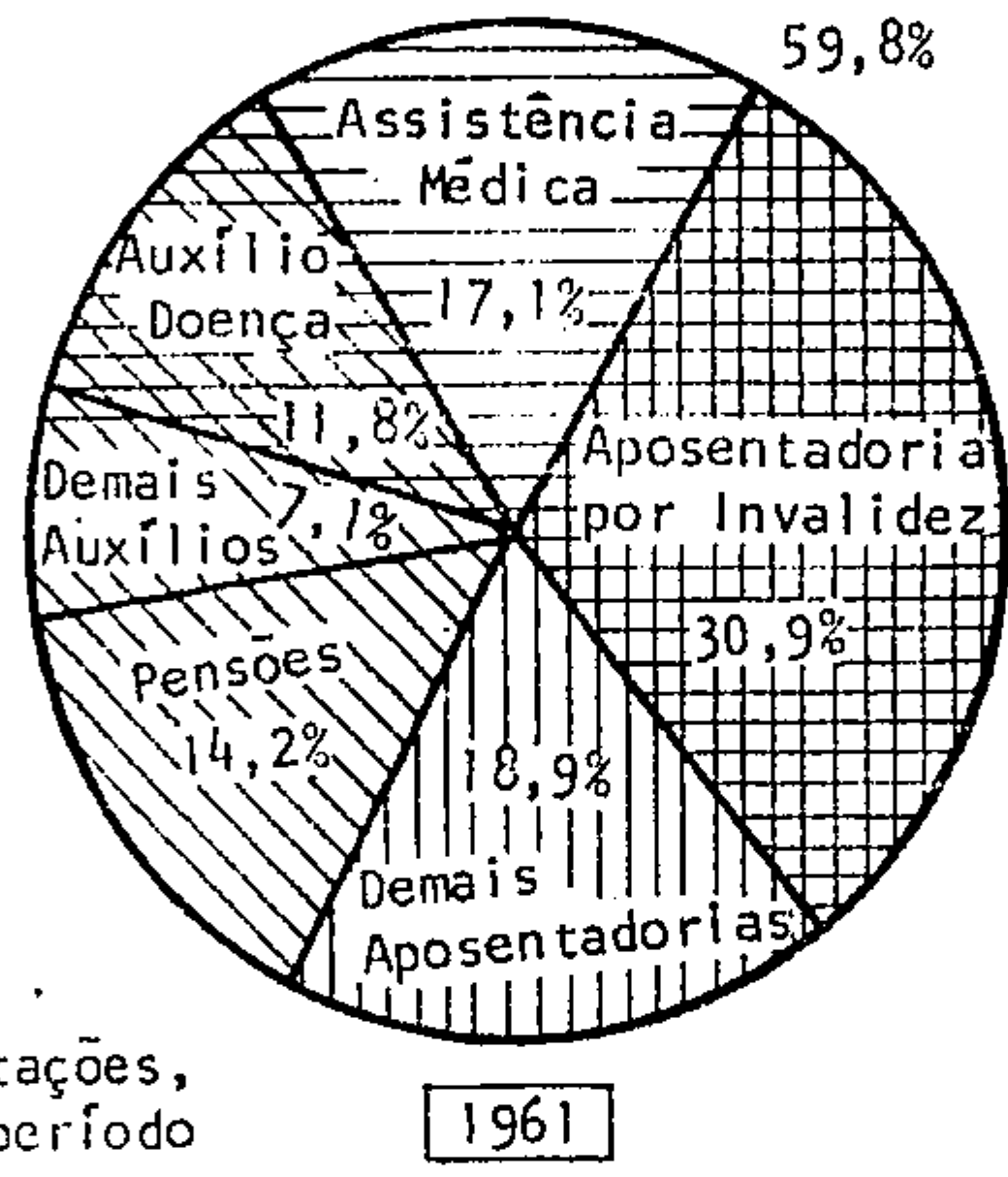
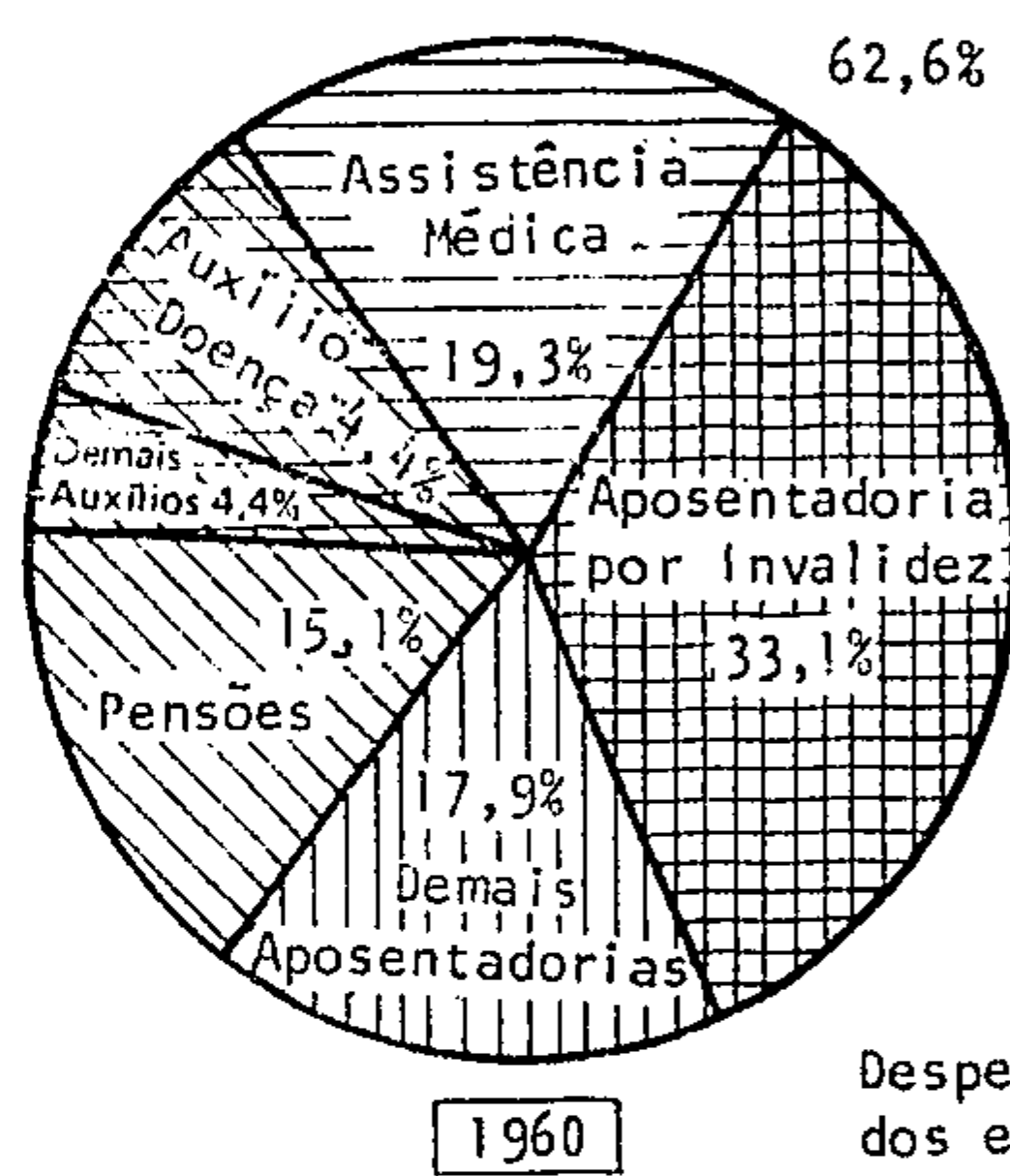
(3) Fonte: Saúde e Saneamento em S. Paulo, Paulo Carvalho e Castro. Comissão Inter-Est. da Bacia do Paraná-Uruguai, 1964.

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

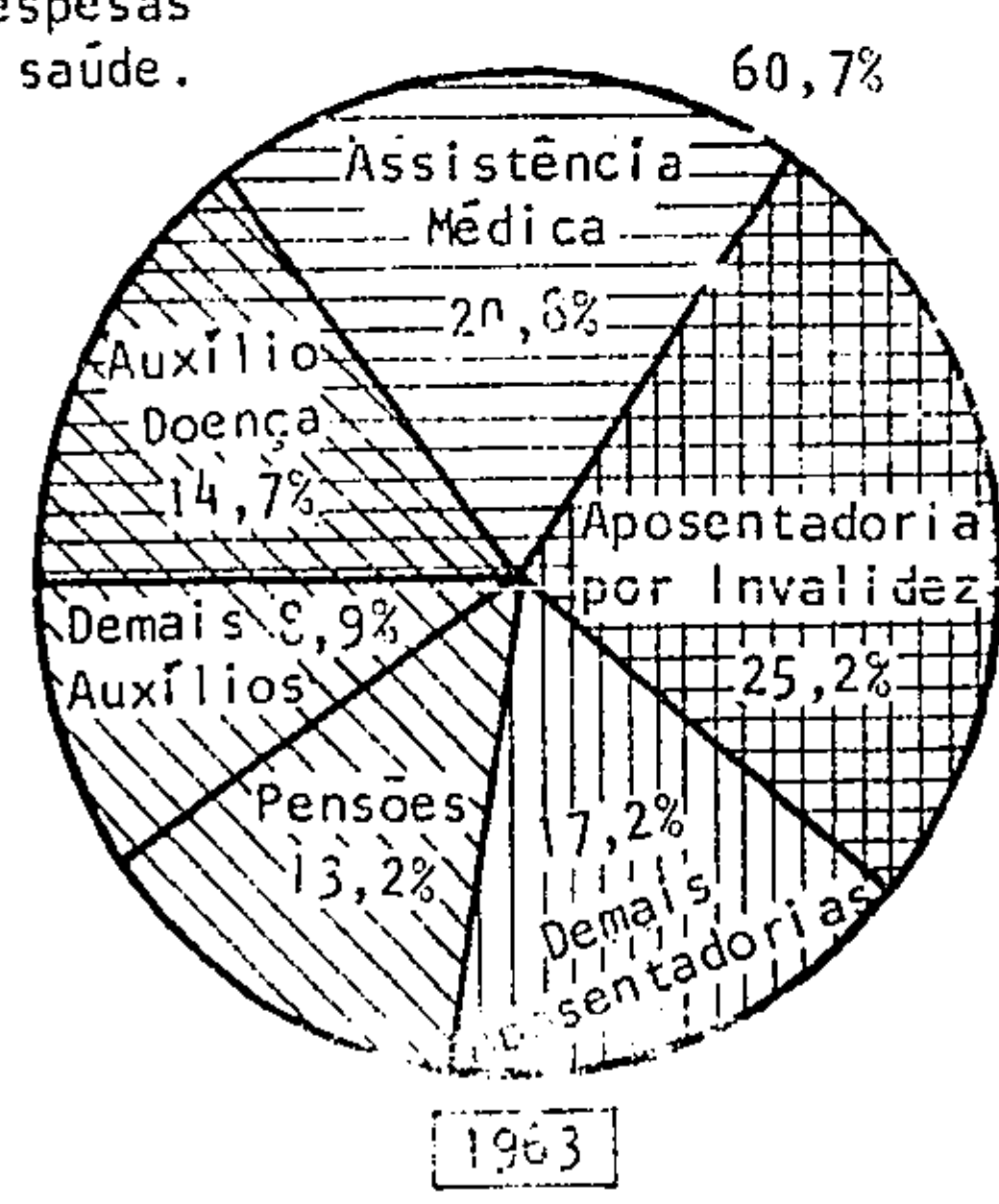
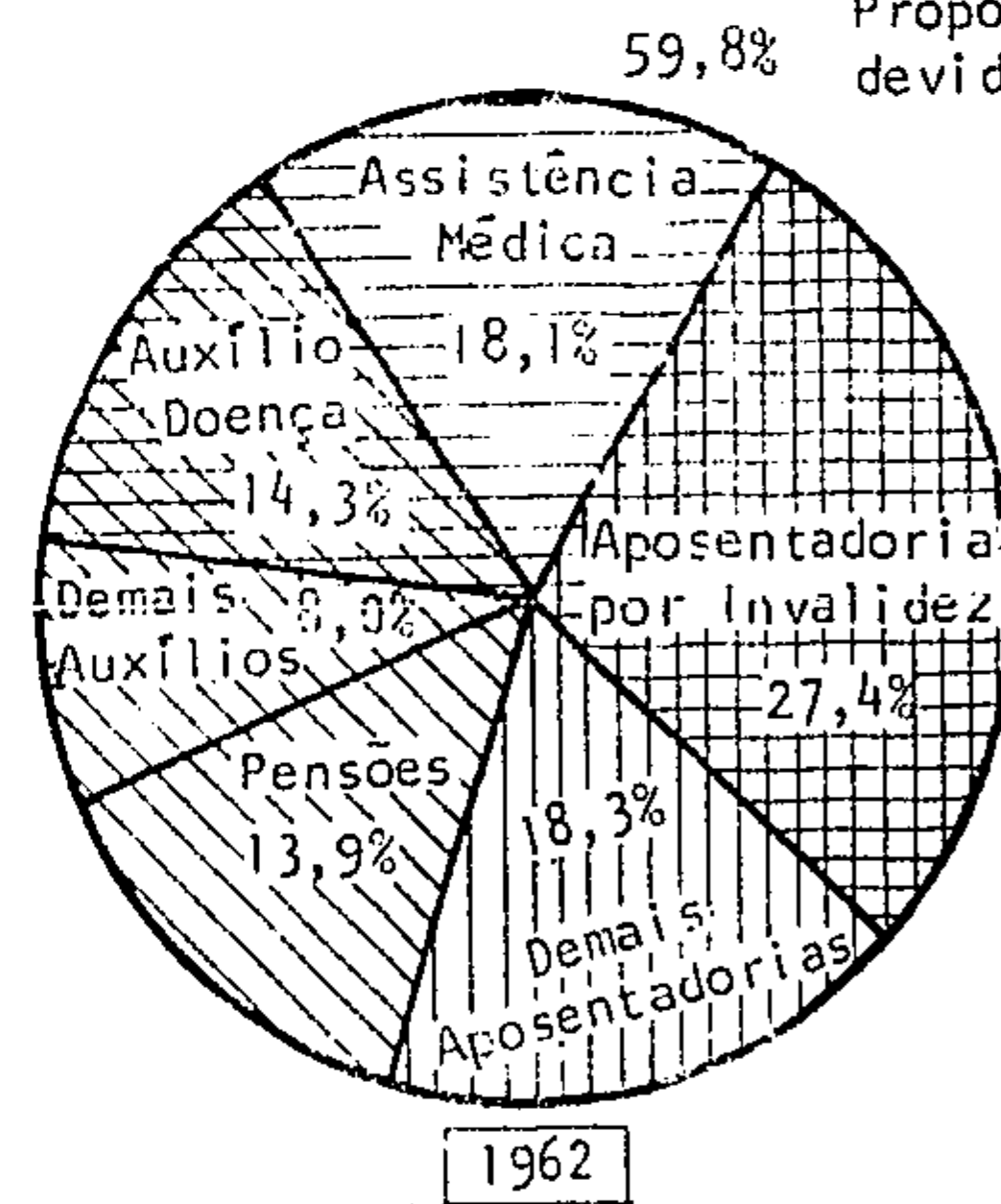
(5) Fonte: Cadastro Hospitalar Brasileiro, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência Médica, 1973.

(6) Fonte: Hospitais do Brasil, Universidade de Marquês - Convênio Sociedade Beneficente São Camilo e CEBRAE.

GRÁFICO I
INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL



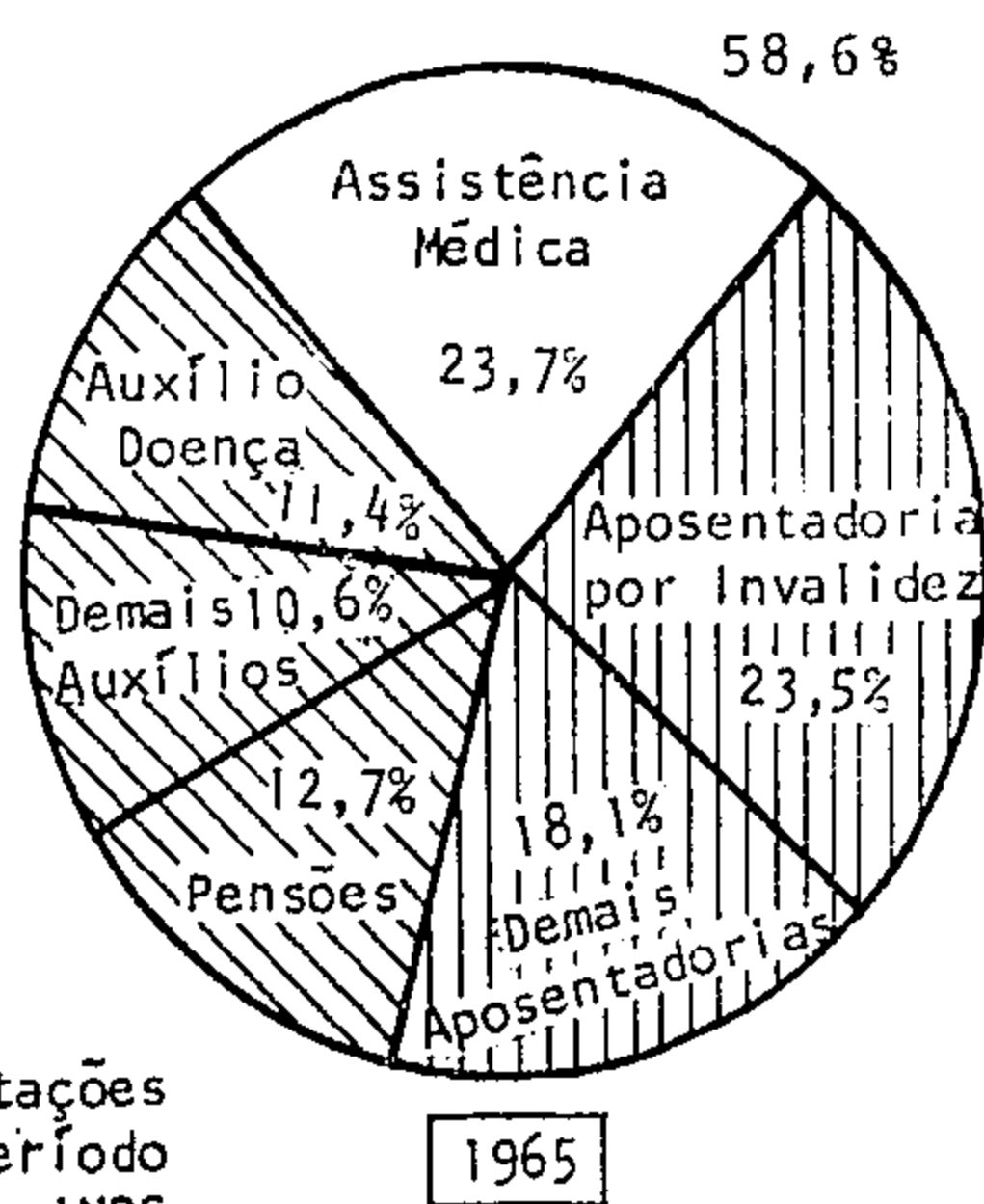
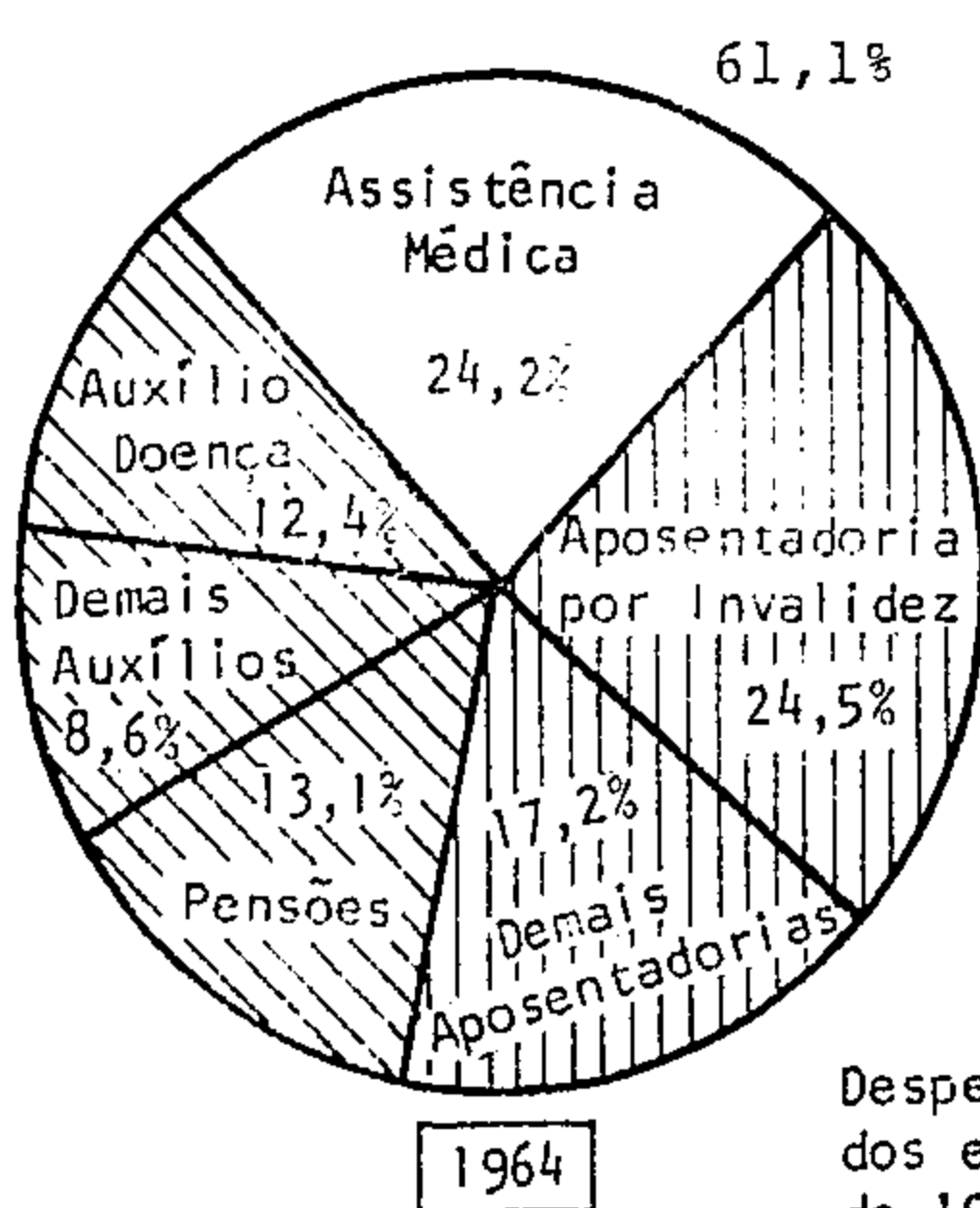
Despesas com prestações, dos ex-IAPs, no período de 1960 a 1963. Proporção das despesas devidas à perda de saúde.



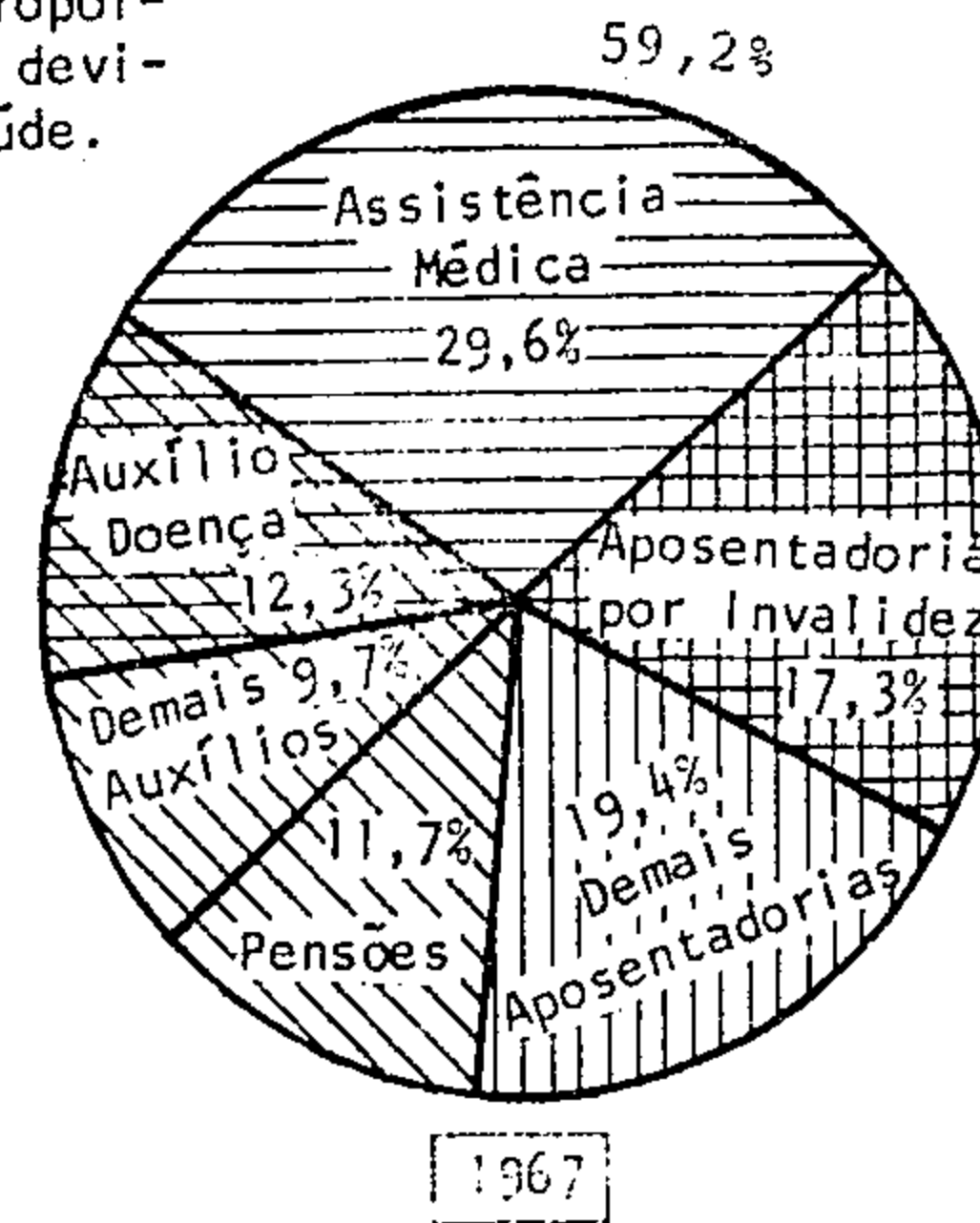
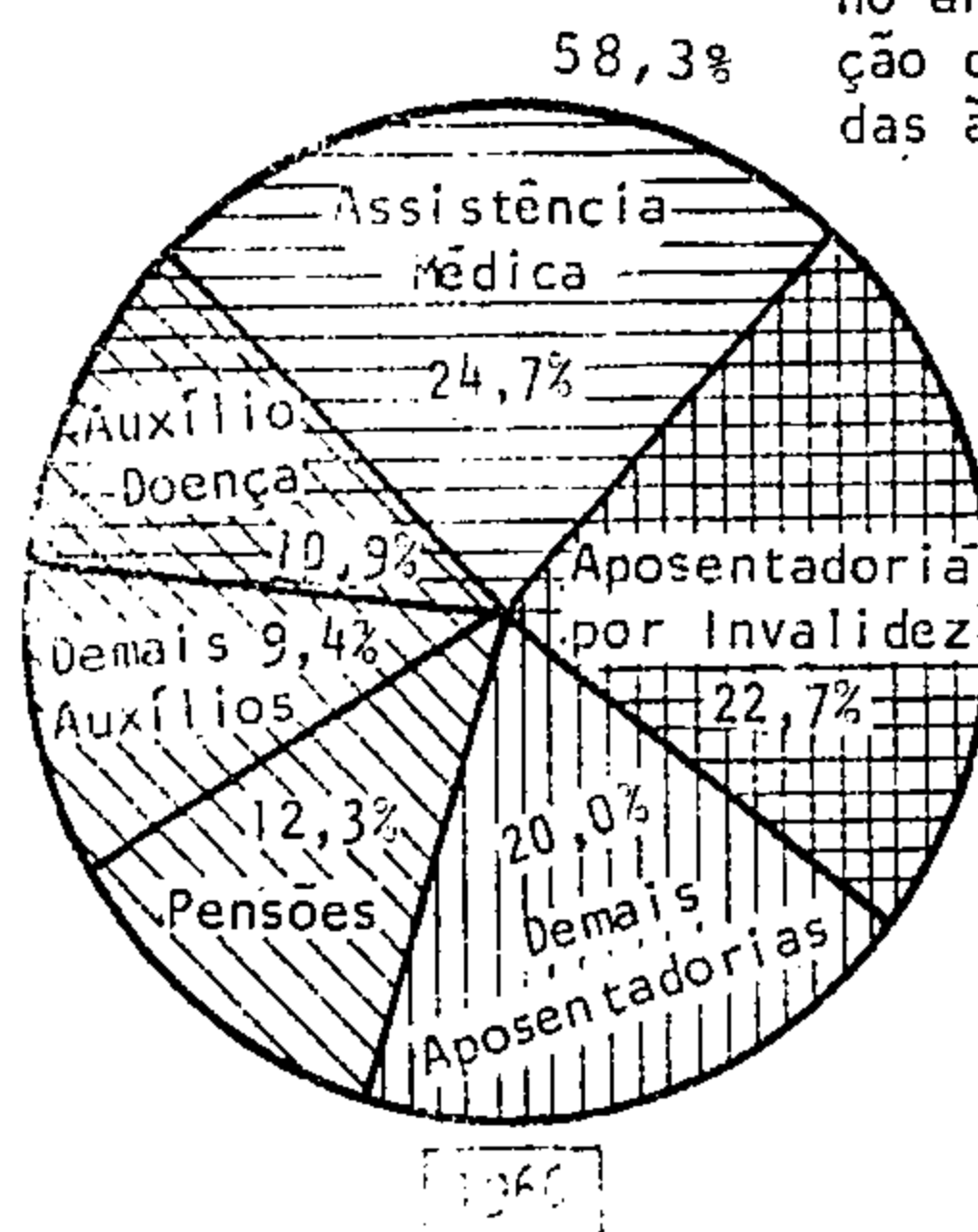
NOTA: Pesquisa efetuada sob orientação de Murillo Villela Bastos, atualmente assessor de Estudos Especiais do Ministério de Previdência e Assistência Social.

GRÁFICO II

INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL



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



NOTA: Pesquisa efetuada sob orientação de Murilo Villalva Bastos, atualmente assessor de Estudos Especiais do Ministério de Previdência e Assistência Social.

A crescente pressão da demanda sobre o sistema previdenciário expõe os sinais de decadência da estrutura anterior levando ao estabelecimento de novas relações entre o complexo prestador de serviços e sua retaguarda industrial, o que determina uma reestruturação no atendimento previdenciário.

No início da década de 1960 — quando a previdência brasileira era composta por seis institutos — revela-se o colapso de sua base institucional e de seu suporte econômico-financeiro. Não se trata de um colapso técnico que deva ser entendido a partir, por exemplo, de uma análise financeiro-atuarial; trata-se de colapso decorrente de modificações políticas e econômicas tendo como determinação essencial as mudanças estruturais pelas quais passa o setor de medicina previdenciária, o que inclui, ademais, aqueles problemas de ordem técnica. Veja-se, inicialmente, a questão financeira.

A Tabela 5 revela que ao longo da década de 40 a relação Despesa Total/Receita Total dos institutos esteve entre 33,5% e 47,1%, evidenciando uma longa margem para capitalização. Mostra também que a partir dos anos 60 esta situação se altera; neste ano a relação passa a 96,1%, crescendo para 102,6% em 1961 e mantendo-se em média acima de 94%, entre 1960 e 1966.

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

"... a comparação da receita com a despesa mostra que no exercício de 1964 a Previdência Social apresentou superavit de 252 bilhões de cruzeiros, correspondendo a cerca de 27% de sua receita total. Infezivelmente, o saldo assim apurado não representa disponibilidade financeira, pois que se trata de saldo econômico de natureza meramente contábil. Com efeito, da receita total da previdência participam todos os créditos conhecidos e ainda não recebidos pelas entidades previdenciárias até o encerramento das contas, alguns de realização incerta e outros de natureza irrealizável. Todavia, os valores correspondentes a esses créditos são lançados ao lado da receita, juntamente com as importâncias efetivamente recolhidas. Somente o IAPI distingue nos seus balanços a receita efetiva da receita a realizar. O paralelo entre o total das despesas e a receita efetiva revela, por sua vez, um deficit de caixa da ordem de 10 bilhões de cruzeiros, no exercício de 1964" (57).

Tabela 10

INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDENCIA SOCIAL

Secretaria de Assistência Médica - Grupo de Planejamento

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

A N O	RECEITA DA CONTRIBUIÇÃO DE EMPREG. E EMPR.	TOTAL DAS DESPESAS COM PRESTAÇÕES		DESPESAS COM PRESTAÇÕES					
				PREVIDENCIA E ASSISTENCIA			ASSISTÊNCIA MÉDICA (despesa incluindo pessoal e farmácia)		
				BENEFÍCIOS E AUXÍLIOS PECUNIÁRIOS					
				Despesa em NCr\$ 1,00	Percentual da Receita	Despesa em NCr\$ 1,00	Percentual		Despesa em NCr\$ 1,00
			da Receita	da Despesa		da Receita	da Despesa		
1960	58.453.371	51.421.847	96,1	41.483.769	77,6	80,7	9.938.078	18,5	19,3
1961	92.841.058	95.296.186	102,6	79.041.124	85,1	82,9	16.255.062	17,5	17,1
1962	161.410.364	152.005.931	94,1	124.546.859	77,1	81,9	27.459.072	17,0	18,1
1963	278.863.430	263.766.827	94,6	209.004.989	75,0	79,3	54.761.838	19,6	20,7
1964	589.181.928	532.788.919	90,4	404.021.008	68,5	75,8	128.767.911	21,9	24,2
1965	925.888.949	915.274.354	98,9	698.819.879	75,5	76,4	216.454.475	23,4	23,6
1966	1.533.576.877	1.444.298.182	94,2	1.087.496.453	70,9	75,3	356.801.729	23,3	24,7
1967	2.159.233.940	2.189.989.833	101,4	1.540.677.720	71,3	70,4	649.312.113	30,1	29,6

Fonte: Divisão de Contabilidade do INPS.

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

Tabela 11

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

	1930	Δ %	1940	Δ %	1950	Δ %	1960	Δ %	1970	Δ %
Contribuintes (segurados ativos)	142.464		1.912.972	1.242,7	2.857.000	49,3	3.058.000	42,0	9.545.000	135,2
Aposentados	8.009		34.837	334,9	178.000	410,9	516.000	189,8	890.000	72,4
Pensionistas	7.013		63.138	800,2	296.000	368,8	656.000	121,6	614.000	93,5
População Total			41.236.300		51.944.000	25,9	70.967.200	36,6	93.215.300	31,3
População Urbana			12.880.200		18.782.900	45,8	31.990.900	70,3	52.108.800	62,8
		%		%		%		%		%
CONTR/Pop. Total		-		4,6		5,5		5,7		10,2
CONTR/Pop. Urbana		-		14,8		15,2		12,6		18,3

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

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

Os dados populacionais são dos Censos do IBGE.

Este documento oficial identifica o agravamento da situação do sistema dada a incapacidade de compensação através da "acumulação de capitais e os rendimentos por eles proporcionados" (58). Ou seja, interpreta a deficiência técnica interna como sendo decorrente da escassez de capitais e da insuficiência do rendimento das aplicações. Para melhor se compreender as razões de tal situação, é preciso levar em conta que no Brasil, desde 1950, a base financeira dos institutos é uma combinação do regime de repartição - aquele em que o custeio está centrado nas receitas "correntes", com contribuições de empregados, empregadores e da União - com o regime de capitalização - aquele em que o custeio do sistema previdenciário advém das receitas de capital e patrimônio.

O regime de capitalização, que desde algum tempo já acumulava problemas (59), dada a escassez de capital e a insuficiência dos rendimentos das aplicações, torna-se inviável a partir dos anos 60, quando se soma um tal crescimento das Despesas em relação às Receitas, que faz desaparecer o excedente para investimentos. Por outro lado, naqueles anos também se revela a crise do regime de repartição dadas as reduzidas Receitas Correntes.

Esta crise financeira da Previdência Social foi analisada no Plano Decenal. Resumimos a seguir seus principais argumentos:

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

Para compensar a redução dos saldos financeiros seriam necessárias rendas do patrimônio e capital, resultado da acumulação de capitais e seus investimentos em valores mobiliários e/ou imobiliários. Na inexistência, ou insuficiência destas rendas, apela-se - como ocorreu no Brasil - para a elevação das taxas de contribuição, que aqui passaram de 3% para 5%, depois para 6%, mais a-

diante para 7% e finalmente, 8%, agora.

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

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

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

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

Do lado da despesa: reajustamentos, abonos, majorações nos benefícios e auxílios, elevadas despesas administrativas etc. Problemas de receita e despesa reduzem as disponibilidades líquidas, fazem escassear os recursos para investimento, o que significa a queda futura e certa das rendas de patrimônio.

"No ano de 1955, a despeito das dificuldades então existentes, os montantes aplicados pela Previdência Social representavam mais de 30% do respectivo ativo total. Mas já no triênio seguinte, as relações caíram para 28%, 24% e 22% até ser atingida, em 1964, a taxa de 13%. Seu declínio, todavia, deverá processar-se em ritmo ainda mais acelerado nos próximos anos, pois, além do Ativo a Realizar crescer mais rapidamente do que o Ativo Realizado, os saldos financeiros dos exercícios não oferecem melhores perspectivas" (60).

O que também contribuiu por fim para a decadência das bases técnicas foi a "deficiência do rendimento patrimonial e imobiliário". Aqui, os financiamentos para construção e aquisição de casa própria por parte dos segurados não eram compensados por aplicações financeiras de alta rentabilidade que compensassem o baixo retorno daqueles financiamentos sociais. Estes investimentos compensatórios tinham sido paulatinamente abandonados. Deteriora-se "a taxa de rentabilidade dos capitais aplicados pelo sistema pre-

videnciário". A Lei do Inquilinato, bloqueando a receita imobiliária, e a elevação dos níveis de salário-mínimo, majorando os custos operacionais, "agravaram ainda mais a situação".

O plano de investimentos não se auto-financia.

"Em 1954, o patrimônio imobiliário na Previdência Social, representado por cerca de 30.000 unidades residenciais, apresentou um deficit financeiro superior a 5 bilhões de cruzeiros".

As rendas líquidas (de títulos, ações e depósitos bancários) naquele exercício foram de mais de 4 bilhões de cruzeiros, insuficiente em 1 bilhão para cobrir o deficit das operações imobiliárias.

Pode-se assim avaliar como foi importante que, à mesma época em que se criava o INPS e unificava-se os institutos, se criasse também uma instituição encarregada do financiamento à casa própria o BNH.

"Numa tentativa de resumo, pode-se afirmar que o sistema previdenciário brasileiro, apreciado do ponto de vista atuarial, na conformidade do regime financeiro de capitalização, em sua acepção clássica, não conseguiu constituir nem mesmo 3% do total de suas reservas". (61).

A este diagnóstico cabe acrescentar algumas observações sobre as diferenças entre os institutos tanto no que diz respeito ao gasto relativo com Assistência Médica, quanto à situação financeira.

A partir de 1960 todos os institutos estiveram submetidos a crescentes pressões no sentido de elevar o seu gasto em Assistência Médica; no entanto, as respostas foram distintas. A fixação do percentual de gasto em Assistência Médica no total das despesas dependia basicamente da situação financeira de cada instituto e da força da pressão sindical, distinta segundo a categoria profissional (62).

O IAPI - cuja assistência médica, aliás, era fundamentalmente prestada através de convênios com hospitais privados - chegou a dobrar os recursos destinados à saúde como percentual de sua despesa. O IAPFESP manteve o seu gasto crescendo pouquíssimo e em

1966 tinha o menor coeficiente gasto em saúde/gasto total. Os outros quatro partem em 1960 com elevados índices de gasto em saúde, que praticamente se mantêm. Dentre eles, o de menor índice é o IAPC, conforme se vê na Tabela 12.

Observa-se, portanto, que a diferenciação de benefícios e serviços era grande entre os institutos e funcionava como base desagregadora de uma ação conjunta dos trabalhadores. Melhor dito: esta estrutura previdenciária diferenciada tem sua origem, em parte, na fragilidade política dos trabalhadores, impossibilitados que foram, como classe, de formular e impor uma política nacional de saúde que atendesse seus interesses comuns. E, no seu desdobramento, esta mesma estrutura previdenciária vai reforçar a divisão de interesses no seio das classes dominadas, acentuando aquela fragilidade política.

As condições financeiras também se apresentavam distintas. O IAPETC, o IAPFESP e o IAPM ingressam nos anos 60 em piores condições; o IAPC, que também adentra os anos 60 em precária situação, recupera-se a partir de 1963; o IAPI, apesar de se manter em boa situação durante todo o período, revela no final uma relação crescente entre a Despesa e a Receita Total, o que se explica em boa parte pela extraordinária expansão dos gastos com Assistência Médica; o IAPB mantém elevados saldos financeiros ao longo dos seis anos considerados (ver Tabela 12).

"No tocante às possibilidades financeiras, o índice de solvência para o conjunto das instituições de previdência social estava representado por 1,11, significando que para 100 cruzeiros exigíveis a curto prazo dispunham as mesmas de 111, indicativo, sem dúvida, da existência de uma situação de desafogo financeiro, fato atribuível em grande parte, aos efeitos da correção monetária dos débitos fiscais, instituída pela Lei nº 4.357-64. Em relação, porém, ao IAPETC, IAPFESP e IAPM não é válida essa conclusão, pois para cada 100 cruzeiros exigíveis, dispunham essas entidades, respectivamente, de 75, 40 e 24 cruzeiros" (63).

Está assim comprovado que os institutos não conformavam uma estrutura e dinâmica comuns o que, entre outras coisas, impedia que o equilíbrio financeiro de alguns - em parte alcançado com as medidas de correção monetária estabelecidas pelo governo a partir de 1964 - tivesse efeito corretivo sobre os demais. Além dis-

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

Viu-se até aqui o processo de decadência da estrutura anterior e viu-se também que os componentes básicos da reforma do setor já vinham se configurando com nitidez desde fins dos anos 50, cabendo agora ao Estado institucionalizar e impulsionar uma nova política de saúde. Na crise do "Setor Saúde", cuja culminância ocorre em 1966, já se identifica a

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

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

"porquanto embora existam numerosas entidades públicas e privadas operando no país, nenhum plano orgânico foi estabelecido no sentido de congregar todos os esforços para um objetivo comum. Torna-se imperioso, pois, através de acordos e convênios, estreitar a coordenação dessas atividades isoladas, sem o que os recursos financeiros continuarão a carecer de melhor aproveitamento" (64).

E finalmente, o discurso oficial mostra que:

"A unificação significará, isto sim, uma unidade de comando e de orientação técnico-administrativa. Aglutinando-se os órgãos de direção, maior facilidade de encontrará a administração superior na condução nacional da Previdência e no estabelecimento de critérios gerais de economicidade" (65).

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

Em resumo, a crise econômico-financeira do sistema previdenciário, que se inicia no final dos anos 50, desemboca, na década seguinte, numa crise geral da estrutura do setor saúde. Nesta crise, não só se desmonta o padrão anterior como emerge o novo, pre-

NOTAS

- (1) Neste trabalho, utiliza-se de forma descritiva e provisória a noção de questão social para apreender fenômenos complexamente determinados. De um lado, a gênese e transformação desses fenômenos constituem manifestações concretas das formas através das quais se reproduzem as relações sociais de produção. De outro, manifestam-se nas práticas políticas e ideológicas e tendem a se constituir em objeto de políticas do Estado. O desenvolvimento capitalista, neste sentido, constitui em questões sociais, entre outros, aqueles processos relacionados à formação e reprodução da força de trabalho para o Capital. Num mesmo movimento, constitui o Estado no organismo por excelência a regular e responder a tais questões; e ao fazê-lo, o Estado capitalista e nacional amplia-as, "atribuindo-lhes" um caráter geral e universal. No Brasil, o caráter tardio do desenvolvimento capitalista coloca precocemente ao Estado tais problemas. Tanto porque o Estado antecipa-se ao movimento das forças sociais, assumindo práticas que "classicamente" pertenciam à iniciativa das classes, quanto porque, mesmo nas primeiras etapas de sua formação, deve minimamente atuar como Estado nacional. Assim pensada a questão social, parece ser possível apreender diferentes processos e suas respectivas políticas de regulação distribuídos por diferentes planos: o da regulação do mercado de trabalho e do processo de trabalho (política de imigração, legislação trabalhista, política salarial, regulação da jornada de trabalho, etc.); o da normatização da atividade política (organização e controle sindical, legislação do direito de greve, etc.); o da composição do consumo coletivo dos assalariados (saúde, habitação, educação, etc.); o da composição das "rendas de trabalho" (como por exemplo o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS, Programa de Assistência dos Servidores Públicos - PASEP). Será nesta perspectiva que examinaremos a questão da saúde.
- (2) Nossa caracterização do desenvolvimento capitalista brasileiro nesta etapa apoia-se principalmente em: Cardoso de Mello, J. M.,

1975; Silva, S.S., 1976; Aureliano da Silva, Liana Maria L., 1976; Cano, W., 1977.

- (3) A questão da atuação governamental no campo da saúde pública, para este período, foi detalhadamente abordada por outra das pesquisas realizadas no âmbito do PESES: Torres Ribeiro, Ana Clara T., Picaluga, Izabel F., Costa, N. R., 1978. Aqui serão abordados apenas os pontos que parecem fundamentais à nossa colocação do problema.
- (4) Stepan, Nancy, 1976.
- (5) Singer, P., Campos, O., Machado de Oliveira, Elizabeth, 1977.
- (6) Costa, N. R., 1977.
- (7) Cf. Cardoso de Mello, J. M., op. cit.
- (8) De acordo com Aureliano da Silva, op. cit., pp. 103/104:

"A burguesia cafeeira não se constitui em classe de âmbito nacional; ademais, historicamente também foi regional a formação de outras frações da classe dominante correspondentes aos distintos 'complexos exportadores' sucessivamente superados. Desta forma é regional a expressão política das frações da classe dominante; mais ainda, as distintas frações originalmente ligadas a um 'complexo exportador' apresentam-se, também a nível regional, como um bloco de interesses políticos. As frações da burguesia — agrária, mercantil, financeira e industrial — não constituem interesses autônomos, dada sua estreita complexidade, determinada pela dinâmica de um e mesmo 'complexo agro-exportador'."

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

- (9) Veja-se: Fausto, B., 1970; Cardoso, F. H., 1975; Saes, D., 1975 e 1976; Sodré, N. W., 1965; Weffort, F. C., 1965 e 1968; Carone, E., 1975a, 1975b, 1975c; Silva, H., 1964.
- (10) Singer, P., et al., op. cit.

(11) Para o estudo do caso de Pernambuco, é interessante consultar Medeiros, A., 1926. Pela tabela que se segue, percebe-se a evolução favorável do gasto:

Tabela 1

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

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

(12) É interessante observar a atuação da Fundação Rockefeller: era a transposição para a América Latina, Ásia e África, de sua experiência no combate àquela doença no Sul dos Estados Unidos, onde apresentou como resultado econômico a criação de condições sanitárias adequadas ao desenvolvimento da força de trabalho requerida pelo desenvolvimento capitalista. Sobre a ação da Fundação Rockefeller no campo da saúde, ver Brown, 1975. Com base nos arquivos da própria Fundação, o autor mostra como sua atuação estava explícita e conscientemente vin-

culada aos interesses econômicos do grupo Rockefeller nos países subdesenvolvidos.

(13) Esta questão, que engloba também os problemas ditos previdenciários, foi examinada em outra pesquisa realizada no PESES. Para uma análise mais detalhada da questão no período, inclusive no que se refere à sua vinculação aos movimentos sociais, ver Arouca, A. S. S. et al., 1978.

(14) "As condições de trabalho eram duríssimas; muitas estruturas que abrigavam as máquinas não haviam sido originalmente destinadas a essa finalidade; além de mal iluminadas e mal ventiladas, não dispunham de instalações sanitárias. As máquinas se amontoavam ao lado umas das outras e suas correias e engrenagens giravam sem proteção alguma. Os acidentes se amudavam porque os trabalhadores, cansados, que trabalhavam às vezes além do horário sem aumento de salário ou trabalhavam aos domingos, eram multados por indolência ou pelos erros cometidos, se fossem adultos, ou surrados, se fossem crianças".

(15) Diz Costa, N.R., *op.cit.*, p. 56:

"De tal modo a febre amarela dizimava os europeus que aqui chegavam, que os nossos jacobinos chamavam-na 'a patriótica'".

E, à p. 30:

"Essas necessidades de mão-de-obra tinham origem não só na escassez relativa de força de trabalho, mas também de vido à espantosa instabilidade dos operários agrícolas nas fazendas de café, fossem eles negros libertos, lusobrasileiros ou italianos. Fernando Carneiro comenta que 'custa a crer como a fazenda do café conseguiu lutar, e durante certo tempo, vencer tal situação. Essa instabilidade explica a luta dos fazendeiros para que sempre chegasse ao Brasil novos imigrantes. Era necessário que o seu número fosse muito acima das necessidades reais da lavoura, que a oferta excedesse muito a procura, a fim de que os 'colonos' se contentassem com salários razoáveis e pudessem ser substituídos com facilidade".

(16) Dean, *op.cit.*, p. 166.

(17) *Idem*, p. 166.

(18) *Idem*, pp. 167/168. Grifo nosso.

- (19) Idem, p. 176 e seguintes, com base em circulares daquele órgão de classe.
- (20) Nogueira, O., 1964, p. 28.
- (21) Arouca, A.S.S. e outros, op. cit.; ver também Malloy, J., 1976.
- (22) Sobre este tema tem-se feito muitas análises, enfatizando-se pontos distintos, aplicando-se métodos distintos, aplicando-se distintos juízos de valor. O presente trabalho beneficiou-se particularmente dos seguintes textos: Draibe, Sônia Miriam, 1977; Aureliano da Silva, L.M., op. cit.; Cardoso de Mello, J.M., op. cit.; Tavares, Maria da Conceição, 1975; Belluzzo, L.G.M. e Cardoso de Mello, J. M., 1977.
- (23) Notas de aula do Professor Carlos Lessa no Programa de Pós-Graduação do DEPE; UNICAMP, mimeo, 1978.
- (24) Cf. Aureliano da Silva, op. cit., pp. 125/126:

"A crise política dos anos 20 culmina com a Revolução de 30: a burguesia cafeeira é, definitivamente, deslocada de sua posição de controle sobre o aparelho de Estado. Entretanto, a revolução não traz imediatamente consigo a 'solução' à crise. O período 30/37 pode, com rigor, ser pensado como um momento de crise política aberta, de crise de hegemonia no sentido mais preciso, na medida em que nenhuma classe ou fração de classe logra tornar-se hegemônica, sucedendo a burguesia cafeeira".

E ainda:

"Neste quadro de crise, o Estado — a burocracia estatal — pode atuar com um certo grau de autonomia frente aos interesses em disputa. Entretanto, dificilmente poder-se-ia entender sua atuação nos marcos de um compromisso entre classes ou frações de classe, ou mesmo entre os distintos blocos regionais de interesses. De fato o que se dá — e o que define a natureza política do período — é a disputa, ainda entre as 'oligarquias', pelo controle do Estado, não conquistado por nenhuma delas dada sua impotência em redefinir as alianças na nova conjuntura. Ao nível do jogo presente de interesses, a ação do Estado se faz de modo contraditório, como que respondendo concomitantemente aos interesses de distintos grupos".

(25) O conjunto da legislação social e trabalhista elaborada nos anos 30 deve ser visto nesta perspectiva. Ribeiro, Picaluga e Costa, op. cit., comentam:

"No entanto, acreditamos que a motivação para esta reorganização estatal, que compreendeu também a implantação de uma política social previdenciária, a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, e a regulamentação de profissões ligadas à saúde, extrapole esta necessidade de repartir o bolo entre os correligionários".

A seguir, apresentam o seguinte levantamento da legislação social na década de 30:

"I. Trabalho Urbano

- 1930 - Limita a entrada no território nacional, de passageiros de 3ª classe, dispõe sobre a localização e amparo de trabalhadores nacionais e dá outras providências (lei dos 2/3);
- 1931 - Estabelece novas modalidades para a concessão de férias;
- 1932 - Institui a Carteira Profissional;
- Regula o horário para o trabalho no comércio;
 - Regula o horário para o trabalho industrial;
 - Regula as condições de trabalho das mulheres nos estabelecimentos industriais e comerciais;
 - Institui a Convenção Coletiva de Trabalho;
 - Estabelece as condições do trabalho dos menores nas indústrias;
- 1933 - Regula a duração do trabalho em bancos e casas bancárias;
- 1934 - Regula a concessão de férias aos empregados na indústria, sindicalizados;
- Regula a duração do trabalho dos empregados em armazéns e trapiches das empresas de navegação e estabelecimentos, no Distrito Federal;
 - Regula a duração e condições do trabalho dos empregados na indústria frigorífica;
- 1935 - Promulga 4 projetos de convenção, aprovados pela Organização Internacional do Trabalho da Liga das Nações, por ocasião da Conferência de Washington, em 29.10.1919, a saber: convenção relativa ao emprego das mulheres antes e depois do parto; convenção relativa ao trabalho noturno das mulheres; convenção que fixa a idade mínima de admissão das crianças nos trabalhos industriais; convenção relativa ao trabalho noturno das crianças na indústria.

II. Previdência Social

- 1930 - Estende ao pessoal dos serviços de força, luz, bondes e telefones, a cargo dos Estados, Municípios, e particulares e aos serviços de telegrafia, radiografia, mantidos por particulares, o regime do Dec. 5.109, de 20.12.1936, que cria em cada uma das empresas uma Caixa de Aposentadoria e Pensões, para os respectivos empregados;
- 1931 - Cria a Caixa de Subvenções, destinada a auxiliar estabelecimentos de caridade, de ensino técnico e os serviços de nacionalização do ensino;
- 1932 - Aprova o Regulamento para aquisição ou construção de casas pelas Caixas de Aposentadoria e Pensões;
- Aprova o regulamento para a organização nas Caixas de Aposentadoria e Pensões de uma carteira de empréstimos aos respectivos associados;
 - Aprova o regulamento para a execução dos socorros médicos e hospitalares das Caixas de Aposentadoria e Pensões;
- 1933 - Cria o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos;
- 1934 - Cria o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes;
- Cria a Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Trabalhadores em Trapiches e Armazéns de Café;
 - Cria a Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Operários Estivadores;
 - Cria o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários;
 - Estabelece sob novos moldes as obrigações resultantes dos acidentes de trabalho, e dá outras providências;
- 1935 - Regula a distribuição de subvenção à Instituição de Assistência, Educação e Cultura.

III. Justiça e Trabalho

- 1932 - Institui Juntas de Conciliação e Julgamento e regulamenta suas funções. Alterado pelo Dec. 24742 de 14.07.1934;
- Reorganiza o Departamento Estadual do Trabalho e amplia suas funções;
- 1935 - Assegura aos empregados da indústria ou do comércio uma indenização quando não existe prazo estipulado para a terminação do respectivo contrato de trabalho ou quando for despedido sem justa causa, e dá outras providências (Lei de Indenização);

1937 - Dispõe sobre a execução dos julgados nos processos de conflitos oriundos das relações entre empregados, e dá outras providências.

IV. Ministério do Trabalho

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

V. Ministério da Educação e Saúde

- 1930 - Cria a Secretaria de Estado com a denominação de Ministério de Negócios da Educação e Saúde Pública". Fonte: Simão, A.: Sindicato e Estado, Dominus, S.P., 1966.

(26) Belluzzo, L.G.M., 1975; Barbosa de Oliveira, C.A., 1977; Tavares, Maria da Conceição, op. cit., Capítulo III; Cardoso de Mello, J.M., op. cit., p. 124 e seguintes.

(27) "... "..." acentuado federalismo instituído pela Constituição de 91, determinará, o Brasil, uma específica estruturação do campo das relações de classe, de forma que na cena política, seus interesses apareçam como interesses das Províncias". Cf. Aureliano da Silva, Liana Maria L., op. cit., p. 104.

(28) Os assuntos de saúde antes de 1930 eram atribuição do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Ver também Singer, P., e col., op. cit.

(29) Barros Barreto, T., s/d.

(30) Esta questão é tratada em detalhes por Torres Ribeiro e col., op. cit.

- (31) Ver Garcia, J.C., 1977.
- (32) Barros Barreto, T., s/d.
- (33) Idem.
- (34) Cf. Singer, P., op. cit. e também Torres Ribeiro e col., op. cit.
- (35) Sua criação é resultado da XXX Recomendação da Terceira Reunião de Consulta dos Ministros das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas, no Rio de Janeiro, entre 15 e 28 de janeiro de 1942; a respeito da atuação da Fundação Rockefeller no plano internacional, ver Brown, op. cit.
- (36) Para uma discussão dos recursos à disposição do governo central, estabilidade financeira, etc., ver Lessa, C.F., 1975.
- (37) É a seguinte a estrutura do Ministério:
1. Campanhas Nacionais: Tuberculose; Febre Amarela; Malária; Peste; Lepra.
 2. Assistência Materno-Infantil.
 3. Assistência Hospitalar.
 4. Assistência a Psicopatas.
 5. Saúde dos Portos.
 6. Fiscalização do Exercício Profissional.
 7. Fiscalização antivenérea nas fronteiras.
 8. Delegacias Federais de Saúde.
- (38) A denominação "tropical" a um conjunto de doenças essencialmente decorrentes da fome e das más condições ambientais (muitas delas outrora assolaram também a Europa) é uma herança da visão colonialista das ciências biológicas - assim como as próprias doenças são de certa forma herança da política imperialista. Mário Magalhães da Silveira, por isso, sugere que se passe a chamá-las de doenças coloniais.
- (39) Torres Ribeiro e col., op. cit.

- (40) Ver IBGE, 1976, p. 332.
- (41) Neste debate a saúde pública é vista como um "sistema sanitarrista" ou mesmo como um "modelo sanitarrista", expressões que prescrevemos a partir de agora.
- (42) A literatura registra um exemplo marcante dessa ideologia, na figura do "Jeca Tatu", de Monteiro Lobato.
- (43) Medeiros, A., op. cit.
- (44) Luz, Madel, 1976.
- (45) Medeiros, Amaury, op. cit.
- (46) Apud Magalhães da Silveira, M., op. cit.
- (47) Fadul, W., 1963.
- (48) Ministério da Saúde, 1966. Ver também Luz, Madel, op. cit.
- (49) Magalhães da Silveira, M., 1961. No número 8 dessa mesma revista, agosto de 1961, este autor fornece a seguinte avaliação:

"DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

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

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

DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO

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

- (50) A esse respeito, ver Torres Ribeiro, Picaluga e Costa, op.cit.
- (51) Ver nota 24.
- (52) Cf. Malloy, J., op. cit.
- (53) Considera-se comportamento clássico aquele onde certos componentes do gasto evoluem concomitantemente à evolução do sistema de seguro social. Nas páginas que se seguem, esta interpretação se revelará clara na análise do caso brasileiro.
- (54) Ministério do Planejamento, 1966, p. 21 (gráficos nossos).

- (55) Se é verdade que, pelo menos desde 1945 o número de leitos da rede hospitalar privada é superior ao da rede pública, é importante destacar que é a partir dos 50 que a primeira conhecerá as maiores taxas de crescimento e, principalmente, irá passo a passo abandonando seu caráter filantrópico, em favor do critério de lucratividade.
- (56) Esta tabela, por se utilizar de dados obtidos de diversas fontes, com graus distintos de fidedignidade, deve ser avaliada apenas enquanto indicadora de tendência.
- (57) Ministério do Planejamento, 1966, pp. 88/89.
- (58) Idem, p. 86.
- (59) Estes problemas decorriam tanto da inadequada implantação técnica do regime de capitalização, quando de uma questão mais geral, a definição da política estatal de medicina previdenciária. Este último aspecto revela-se na larga polêmica que se estabelece entre tecnocratas, líderes trabalhistas, etc. Para isso, ver Arouca, A.S.S., 1978, e Malloy, J., op. cit.
- (60) Ministério do Planejamento, 1966.
- (61) Idem, p. 89.
- (62) Caberia explorar a hipótese de que jamais os trabalhadores apresentaram no interior de suas lutas reivindicatórias uma ação integrada e que demonstrasse clareza de como enfrentar a questão da saúde. Já as classes dominantes sempre tiveram clara a importância econômica e política da manipulação de políticas sociais no âmbito da previdência e da saúde. Se bem é verdade que o tipo de jogo político no interior dos IAPs, de que participavam líderes trabalhistas, funcionou em defesa dos interesses dos trabalhadores em alguns setores e momentos, isto não parece suficiente para afirmar uma ação política global, efetiva, nesta questão. Na verdade, a evolução do capitalismo no Brasil - com sua tendência a unificar o mercado de tra-

balho e ao mesmo tempo diferenciá-lo, com as inevitáveis diferenciações de salários, de produtividades, de consumo etc. - fragmentou a classe trabalhadora. (Ver Baltar, P.E.A., 1977). Poder-se-ia dizer ainda que as medidas de política social e, em particular, as de previdência e saúde também a fragmentaram - inclusive com o jogo político que lhe foi permitido - e seguem-no fracionando até hoje. Maria Hermínia Tavares de Almeida coloca com perfeição o problema de ordem geral:

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

(63) Ministério do Planejamento, 1966, p. 89.

(64) Idem, p. 91.

(65) Idem, p. 93.

CAPÍTULO 3: POLÍTICA DE SAÚDE E CAPITALIZAÇÃO
DA MEDICINA - O PERÍODO PÓS-1964

1. Introdução

Já se viu que no início da década de 60 desencadeia-se a fase aguda da crise do sistema nacional de saúde. De um lado, o sistema previdenciário mostrava-se incapaz de responder à crescente pressão da massa assalariada urbana pela ampliação e melhoria dos serviços: carecia de bases financeiras sólidas e institucionalmente esbarrava na diferenciação entre os institutos quanto a benefícios e serviços em geral. De outro, a expansão do atendimento à saúde pública colidia, de há muito, com a estreiteza financeira do Estado. Desenhava-se progressivamente um quadro nada animador, cujas causas ultrapassam os limites das instituições que no Brasil estavam encarregadas de prestar assistência à saúde.

Em todos os países elevavam-se extraordinariamente os custos da assistência à saúde, em consequência das próprias transformações científicas e tecnológicas por que passava o ato médico neste período. Ocorria então uma profunda mudança no saber e na prática médica, que se consubstanciavam na maior utilização de medicamentos, na difusão do uso de serviços para diagnóstico, na utilização mais intensiva de equipamentos médicos. Tais transformações alteravam profundamente toda a concepção do próprio ato médico, diversificando-se as especialidades, diferenciando-se a mão-de-obra empregada; num paralelismo econômico, a maior presença do capital aprofundava a divisão técnica do trabalho.

O hospital assumiu a posição central na prestação dos serviços de saúde e no final da década de 60 definia-se como o local de encontro das diversas especialidades médicas, como detentor da infra-estrutura e dos equipamentos necessários para a prestação dos serviços de saúde. É como se, tardiamente, a atenção à saúde visse a sua Revolução Industrial; o cuidado deixou de ser artesanal ou manufatureiro - prestado pelo médico isolado e por serviços bastante simplificados - e passou a assumir características de gran

de indústria - papel desempenhado pelo hospital moderno. Da mesma forma, o capital - enquanto valor que se reproduz - instalou-se na atenção médica, que passou a produzir mercadorias no sentido mais estrito da palavra.

Muitas são as críticas a esta nova modalidade de atenção médica (1), chegando-se a duvidar que seu saldo tenha sido socialmente favorável, medido em termos de seus efeitos sobre a recuperação da saúde das pessoas. Mas não se duvida de uma coisa: os custos cresceram violenta e rapidamente, impossibilitando seu acesso à maioria das pessoas e ameaçando o desempenho dos próprios mecanismos institucionais de financiamento específico (2).

No Brasil, esta elevação dos custos de assistência à saúde encontrou as instituições governamentais completamente despreparadas, agravando a crise financeira em que já viviam e exigindo uma transformação a nível da arrecadação e custeio.

As dificuldades específicas das instituições do setor de saúde combinavam-se com problemas mais gerais vividos pelo Estado neste início da década de 60. A economia desenvolvera-se profundamente nos dez anos anteriores - criando as bases técnicas para a industrialização capitalista - e estava a exigir que o aparelho de Estado também se transformasse, de maneira a responder mais eficientemente às necessidades da acumulação - ou seja, que fossem criadas as bases financeiras adequadas à nova etapa. O período Roberto Campos foi, assim, caracterizado pela implementação de reformas - administrativa, tributária, financeira, etc.

As transformações do setor de saúde desta época só podem ser entendidas quando vistas no interior destas mudanças mais gerais. À sombra, foram sendo feitas transformações a nível do Estado que possibilitaram que a atenção à saúde ocupasse o papel que lhe estava destinado naquele momento (anunciado pelas transformações tecnológicas no exterior) e que assumisse as características de setor plenamente capitalista.

Assim, a unificação dos institutos previdenciários, através da criação do INPS, insere-se neste contexto mais amplo, sofrendo e transmitindo condicionamentos específicos; por exemplo, a criação do Sistema Financeiro Habitacional tem profundos efeitos sobre a política previdenciária, na medida em que cria instituições

específicas para o financiamento habitacional, livrando os institutos previdenciários deste encargo e permitindo-lhes maior disponibilidade financeira para atender seus propósitos específicos. É sabido que a crise se resolve com a restauração do setor saúde promovida após 1964. Mais precisamente, sua solução imediata consistiu na reforma da medicina previdenciária, ao mesmo tempo em que o atendimento à saúde pública ficou relegado a segundo plano. (E isto não se deu por acaso, já que é exatamente o tipo de atenção à saúde proporcionado pela medicina previdenciária o que oferece maior margem de ação para as empresas capitalistas.)

Pode-se afirmar que a reforma previdenciária assenta-se em três pilares fundamentais. Em primeiro lugar, a ampliação do campo de ação das instituições estatais - entre as quais se destaca o INPS - coordenadoras do setor saúde é feita de forma a assegurar a ampla predominância da empresa privada, o que leva, na área da prestação de serviços, à tecnificação do ato médico, à constituição das empresas capitalistas no setor, e, conseqüentemente, ao assalariamento em larga escala dos profissionais da medicina. Em segundo lugar, o Estado amplia os recursos financeiros disponíveis, através do aumento da contribuição da previdência e da expansão da cobertura. E, em terceiro lugar, o Estado acentua, em muito, seu papel de mobilização e centralização financeiras, de que é expressão maior a unificação dos institutos previdenciários.

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

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

Esta verdade insofismável está inteiramente escamoteada no discurso do poder. A reforma aparece como tecnicamente inexorável e a ampliação dos serviços, como a prova definitiva do acerto das medidas (3).

Por outro lado, a reforma tem sido objeto de críticas de inspiração variada. Correndo os riscos das simplificações, é possível identificar três vertentes críticas. A primeira, de natureza tecnocrática e respaldada numa visão econômica neoclássica credita as deficiências aos "descaminhos" do planejamento, à "descoordenação" governamental, à "inadequada" administração da receita e, enfim, a fatores institucionais tomados abstratamente. A segunda, de cunho liberal, investe contra a "deturpação" da prática médica trazida pela realidade da empresa médica e do médico assalariado, defendendo uma relação médico-paciente idealizada de acordo com os cânones do "profissional independente e responsável". Por fim, há uma certa crítica ética de matriz idealista, que condena a "degeneração" da medicina trazida pelo seu caráter lucrativo e que veria na estatização a solução de todos os problemas.

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

Os fatos não deixam margem a muita controvérsia quanto à despreocupação governamental com os problemas de saúde pública; mesmo as mentes mais chegadas à apologética encontrariam dificuldades para justificá-la ou encobri-la. Entretanto, mesmo aqui é preciso ir além das críticas correntes, que têm se limitado a apontar o agravamento da situação, ao mesmo tempo em que, corretamente, chamam a atenção para as relações entre a piora dos níveis de saúde e as condições gerais de vida da população durante o "milagre". E dar um passo à frente consiste em concretizar a análise, demonstrando de que maneira o abandono da saúde pública pode ser explicado nos quadros da política econômica e dos determinantes mais gerais do de

envolvimento capitalista após 1964.

Neste capítulo pretende-se discutir a questão da saúde após 1964, reconstituindo-se a dinâmica das forças sociais que levaram à constituição do atual Sistema Nacional de Saúde e demonstrando de que maneira esta evolução desemboca numa crise que, evidentemente, é apenas uma das faces da crise social atual.

O que se vê é que a constituição da política nacional de saúde sempre se dá a nível das instituições mais diretamente encarregadas do assunto, que ela é feita de maneira fragmentada, já que nem os vários planos específicos nem os planos globais de desenvolvimento elaboram uma estratégia efetiva de ação para este setor.

Embora as questões sociais - e, especialmente, o problema da saúde - estejam presentes em quase todos os planos globais até hoje feitos no Brasil, suas propostas específicas têm uma função basicamente retórica, pretendendo-se, acima de tudo, uma eficácia política, a nível do discurso. Com efeito, as proposições dos planos, no que toca à questão social, jamais são realizadas; muitas vezes, aliás, contradizem as proposições rotuladas de "econômicas".

A análise dos planos globais de desenvolvimento mostra que sistematicamente, no que se refere à questão da saúde, não se efetivam as proposições neles contidas; portanto, não podem eles ser considerados como elementos unificadores das políticas sociais. Este ponto é abordado com cuidado por dois autores: L. Kowarick (4) e V. Pena (5), o que nos dispensa de uma análise mais detalhada. Da mesma forma, os planos específicos de saúde - cuja análise é feita por C. Gentile (5) - pela inconsistência com que são apresentados e com que são feitas suas tentativas de implementação não são, tampouco, o roteiro da transformação capitalista do setor. Esta, como se poderá ver no decorrer deste capítulo, pode ser vista através da análise da atuação e programação das principais instituições do setor.

2. O Gasto Estatal em Saúde

A descrição e análise da forma pela qual as recomendações, proposições e aspirações políticas e institucionais se consubstan-

Tabela 12

Diferenciação Financeira e na Prestação de Serviço, entre os IAPs

	Despesas com Prestações como Porcentagem da Receita							Despesas com Assist. Médica como Percentual da Receita							Despesas com Assist. Médica como Percentual da Despesa						
	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966
IAPB	43,1	37,3	36,4	53,3	54,4	49,7	42,5	27,9	22,5	21,1	25,8	34,5	29,5	22,9	64,7	60,3	58,0	59,6	63,4	59,3	51,9
IAPC	100,8	175,2	24,7	91,2	82,4	70,4	81,5	21,5	32,3	16,6	18,5	18,6	17,8	16,7	21,3	18,5	17,6	20,2	22,6	25,3	20,5
IAPETC	139,1	111,9	130,2	132,2	125,3	127,2	142,1	44,6	32,8	30,7	40,2	44,6	38,9	45,4	32,1	29,4	28,3	30,4	35,5	30,6	32,0
IAPFESP	144,9	131,5	138,2	122,9	129,2	141,1	159,2	23,6	19,1	21,9	20,9	23,4	26,3	29,6	16,3	14,5	15,7	17,1	18,4	18,7	18,6
IAPI	78,0	82,6	84,2	88,2	81,1	99,9	86,1	9,8	9,1	10,6	14,0	16,4	19,8	20,8	12,6	11,0	12,6	15,8	20,3	19,8	24,2
IAPH	197,4	182,2	137,2	127,6	153,6	206,4	240,0	56,4	41,3	44,5	44,7	53,0	66,8	67,9	28,6	23,0	32,5	35,0	34,5	27,5	28,3

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

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

ciam ou deixam de fazê-lo serão realizadas através do exame do gasto das diversas instituições; pode-se enxergar o grau efetivo do comprometimento governamental com os seus discursos (expresso nas dotações orçamentárias) e o grau de cumprimento das propostas (os gastos efetivos), revelando na capacidade de mobilização de recursos e fatores, a sua dimensão econômica.

2.1 Saúde Pública

A pouca importância das medidas de atenção coletiva à saúde da população fica patente ao se verificar a participação decrescente do orçamento do Ministério da Saúde no orçamento global da União: em 1968 correspondia a 2,21% deste; em 1972, a 1,40% (Tabela 13).

Tabela 13

PARTICIPAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
NO ORÇAMENTO DA UNIÃO
(%)

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

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

Ao mesmo tempo, o comportamento dos gastos em alguns programas específicos não deixam a menor dúvida sobre o declínio da importância da Saúde Pública como opção de política social e, mais diretamente, da diminuição de sua importância político-institucional.

Os dispêndios em Atenção Materno-Infantil apresentam três anos de declínio e dois de recuperação, chegando ao final do período com um patamar de gasto real semelhante ao do princípio, porém inferior ao que prevalecia em 1957. Com o Serviço de Tuberculose gastava-se em 1969 menos do que em 1964 e menos ainda do que em 1956. O combate às endemias rurais através do FNERu, privilegiado até 1965, reduz-se gradativamente em níveis reais; em 1969 os gastos são inferiores aos de 1964, assim como aos de 1958. A lepra é igualmente descuidada no que diz respeito ao gasto estatal, constata-se reduções dos níveis reais (Tabela 12).

Observe-se que tal diminuição de gastos não se deve, de maneira alguma -- e nem assim pretende o discurso oficial -- a uma melhoria nos níveis de saúde da população, em suas condições ambientais, etc. (Pelo contrário, pioram alguns indicadores de saúde, em determinados momentos.) Tratava-se, na verdade, de uma decisão de política de gasto. Um certo padrão de estrutura do "Setor Saúde" implantou-se no período, com ênfase na Medicina Previdenciária e simultâneo descuido da Saúde Pública, o que se reflete no padrão de gastos de cada um dos subsetores.

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

Em 1967, União, Estados e Municípios respondiam por 56,0% do gasto estatal em saúde (e saneamento) enquanto que em 1972 sua participação estava em 45,1%. Ao mesmo tempo a participação do INPS evoluiu de 44% para 51,7% (Tabela 14) (6).

As ações de saúde pública -- que incluem ações voltadas para a saúde coletiva, medidas que se enquadram na chamada medicina preventiva, ações de saneamento do meio e também algum tipo de assistência à saúde individual -- são, por sua própria orientação, pelo público a que se dirigem, pelos agravos à saúde escolhidos como primordiais, aquelas capazes de ter um efeito mais direto no sentido de melhorar as condições de saúde das populações de baixa renda. Como, no período, diminuem seus recursos financeiros e como tal diminuição não corresponde à utilização de meios substitutivos

mais eficazes e eficientes, seria de se esperar um agravamento nas condições de saúde da população. E se se considera que neste período piora a distribuição de renda e desgasta-se o poder de compra do salário mínimo, o resultado é indubitável: este período, notável pelas elevadas taxas de acumulação, notabilizou-se também pela substancial deterioração do nível de vida da população de baixa renda. Com efeito, chega-se em 1973 com um quadro de saúde pública ainda grave, configurado pela conjugação de enfermidades crônico-degenerativas ao lado das infecto-contagiosas; pela ocorrência nos centros urbanos de endemias antes apenas rurais, como a doença de Chagas etc.; pelo retorno da tuberculose como enfermidade significativa nacionalmente; pela vigência da desnutrição e de altas taxas de mortalidade infantil (7).

Tabela 14

Gasto Público em Saúde (e Saneamento)
Administração Direta, INPS e FUNRURAL
(Cr\$ 1.000 de 75)

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

Tabela 14
(continuação)

	1970	%	Δ%	1971	%	Δ%	1972	%	Δ%
Total Gasto									
Direto (União Est. e Munic.	6.552.749	43,0	-9,1	7.211.199	44,0	10,0	8.456.361	45,1	17,2
INPS	8.685.095	57,0	57,0	8.754.476	53,2	0,7	9.659.757	51,7	10,3
FUNRURAL	-			469.837	2,8		616.968	3,2	31,3
TOTAL	15.237.844	100	7,0	16.445.512	100	7,9	18.733.086	100	

Tabela 14
(continuação)

	1970	%	Δ%	1973	%	Δ%	1975	%	Δ%
Total Gasto									
Direto (União Est. e Munic.	10.112.205	43,8	43,1	10.480.477	41,7	3,7	15.230.830	43,5	45,3
INPS	12.102.396	52,4	25,2	13.281.409	52,9	9,7	17.552.105	50,1	32,1
FUNRURAL	370.149	3,8	41,0	1.340.064	5,4	54,0	2.384.975	6,4	63,0
TOTAL	23.064.750	100	33,1	25.108.950	100	8,7	35.167.910	100	39,2

Fontes: Revista Finanças Públicas - MF - Secretaria de Economia e Finanças
INPS - Secr. de Planejamento - Coordenação da Estatística
SINPAS - Grupos de Custeio

OBS: Não se usou dados do FUNRURAL até 1970 porque só a partir daí seus gastos tornam-se significativos

NOTA: Deflator utilizado: Conjuntura Econômica - coluna 2.

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

Na verdade, o Ministério da Saúde durante os anos de 1973 e 1974 continua sem merecer prioridade na política de gastos do governo. Sua participação no Orçamento Geral da União é de 0,91% e 0,90% respectivamente, inferior ainda ao percentual atingido em 1972 (1,3). O nível real de recursos financeiros permanece congelado: cresceu 1,8% em 1973, mas decresceu 0,2% em 1974, conforme a Tabela 15:

Tabela 15

Ministério da Saúde
(Cr\$ 1.000 de 76)

ANOS	Recursos Financeiros	
	Valor*	Δ %
1970	1.197.605,0	
1971	1.172.419,1	- 2,1
1972	1.213.281,9	3,4
1973	1.236.301,5	1,8
1974	1.232.668,3	- 0,2
1975	1.673.492,4	35,7

* Deflator utilizado: Conjuntura Econômica, coluna 2.

Obs.: Dotação orçamentária + Créditos especiais.

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

Observe-se também o que ocorre com alguns programas específicos do Ministério entre 1972 e 1974. A Secretaria de Saúde Pública e a Superintendência de Campanhas (SUCAM), são os principais órgãos a responder pelas medidas de atenção à saúde coletiva. A primeira apresenta um decréscimo real de gasto da ordem de 14,9%,

enquanto a segunda registra um crescimento de 47,4% (Tabela 16). Este último resultado reflete uma reativação do combate às endemias rurais, agora sob controle da SUCAM, que a partir de 1969 substituiu o DNERu. Isto significa também a persistência de problemas endêmicos graves e indica um começo de reconsideração da política estatal, até então descurada quanto às condições de saúde da população rural.

O conjunto dos programas, porém, como demonstra a evolução global de despesas do Ministério, não apresenta até 1974 mais do que uma lenta recuperação do patamar real deprimido nos anos 60. Somente a partir de 1975 as evidências empíricas assinalam uma reanimação no âmbito do Ministério da Saúde, cujos recursos financeiros expandem-se em 35,7%, em relação ao ano anterior (Tabela 15). As despesas igualmente crescem em torno de 35%, no conjunto dos programas (Tabela 16).

A esta elevação dos gastos corresponde a uma tentativa de rearticulação institucional do Ministério da Saúde, desnudando, em alguns níveis, suas contradições com o Ministério da Previdência e Assistência Social (criado em 1974) e mostrando uma reacendida — porém ainda tênue — preocupação governamental com a má distribuição de renda (atacada aí por vias indiretas) e com as péssimas condições de vida e baixo níveis de saúde da população de baixa renda — patenteadas pelos indicadores de saúde. Desde 1974 a questão da saúde amplia-se politicamente. É o fim do "milagre" e o Estado passa a se preocupar com um certo respaldo popular, que não lhe foi garantido nas disputas eleitorais daquele mesmo ano. Porém isto não é tudo. A partir dali as demandas da população por assistência à saúde são de tal monta que conduzirão junto com outros fatores a uma nova tentativa de "racionalização" da previdência. Nestes anos recentes se explicitará a impotência da medicina previdenciária frente às condições de saúde da população quando as medidas de caráter coletivo são descuidadas.

Um sinal desta dinamização e rearticulação do aparelho estatal de saúde pública são as transferências financeiras do Ministério, fundamentalmente às Secretarias Estaduais de Saúde, na proporção de 26,4% e 16,8% da disponibilidade financeira ministerial, nos anos de 1974 e 1975, respectivamente (8). Também a partir de 1975, os órgãos repassadores de recursos do Ministério da Saúde

Tabela 16
 Ministério da Saúde
 Evolução dos gastos diretos, por programa - 1971 a 1975
 (Cr\$ 1.000 de 1976)

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

Fonte: Ministério da Fazenda - Balanços Gerais da União.

"... passaram a desenvolver como projetos prioritários, o controle da tuberculose e da hanseníase, a assistência e educação alimentar, o estímulo à produção e ao consumo de alimentos essenciais, o combate às carências nutricionais específicas, a saúde mental, o controle do câncer, a implantação do Sistema Nacional de Informações sobre Saúde, a implantação do Centro de Processamento de Dados e o Projeto de Sistemas Integrados de Serviços de Saúde" (9).

Vislumbra-se, também, uma inflexão na composição do Gasto Estatal: a partir de 1972 as taxas de expansão do dispêndio direto (União, Estados, Municípios) são maiores do que as correspondentes ao dispêndio do INPS, com exceção de 1974. O segmento mais dinâmico foi, contudo, o FUNRURAL, cujos gastos eram até 1972 insignificantes e se expandem, desde então, a taxas altíssimas (Tabela 14): 54% e 63%, por exemplo, nos dois últimos anos do período. Desse modo, em 1975, mesmo com o esforço estatal em recuperar o gasto direto em Saúde, este representa apenas 77% do gasto indireto (INPS + FUNRURAL). Em 1967 a situação era bem diferente: a relação gasto direto/gasto INPS era de 1,27.

2.2 Medicina Previdenciária

De 1967 até hoje a assistência médica, no âmbito da Previdência Social, vem crescendo a taxas elevadas, enquanto se retraem os gastos em saúde pública: mesmo a tentativa de recuperação feita a partir de 1974 é perçada pela crise econômica que então se evidencia.

Em 1970 o nível real dos gastos do INPS com Saúde -- despesas correntes em assistência médica (10) -- já era superior ao de 1967 em 95,3%, conseqüência das taxas elevadas e sustentadas de crescimento desde sua criação (Tabela 17); em 1967 a relação entre as despesas com saúde e o total das despesas do INPS era 22,4% enquanto em 1970 já havia crescido para 26,7%. A partir de 1970 prossegue a elevação sistemática da parcela gasta pelo sistema previdenciário no atendimento à saúde de seus segurados. Em 1976, já 31,3% das despesas globais da Previdência Social destinavam-se à assistência médica. Tal crescimento é resultado principalmente das taxas de expansão consideravelmente altas em 1975 e 1976, quando

Tabela 17

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

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

RELAÇÕES

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

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

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

Obs: Deflator utilizado - Conjuntura Econômica, coluna 2.

Tabela 18

INPS - Despesas com Assistência Médica e comparação com o total das despesas e receitas
(Cr\$ 1.000 de 1976)

	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
TOTAL DAS RECEITAS	21.316.689	26.218.971	30.197.129	32.420.976	35.957.243	41.868.295	51.729.179	57.596.772	68.919.906	81.656.471
TOTAL DA DESPESA	20.147.910	25.913.443	28.819.662	32.937.003	34.753.377	40.477.744	47.081.262	51.459.535	64.197.844	78.482.478
DESPESAS CORRENTES	19.879.252	25.361.461	28.313.144	32.515.895	34.326.731	40.130.495	46.550.376	51.022.920	63.147.025	76.422.534
Assistência Médica	4.445.871	4.818.302	7.024.520	7.024.520	8.754.476	9.659.757	12.102.396	13.283.409	17.552.105	23.901.058
DESPESA DE CAPITAL	268.658	551.983	506.518	421.108	436.646	347.249	530.886	436.615	1.055.819	2.049.944
Capital na A.M.	-	-	-	37.842	27.622	48.542	74.934	91.376	313.314	798.230

Dados extraídos da tabela acima										
A Assistência Médica em relação ao total das despesas										
	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
a) Segundo categorias econômicas, em percentagens										
Despesas correntes AM/ /Total despesas c.c.	22,4	19,0	24,8	26,7	25,5	24,1	26,0	26,0	27,8	31,3
Despesas capital AM/ /despesas capital total	0,0	0,0	0,0	9,0	6,3	14,0	14,1	20,9	29,7	38,0
b) Total das despesas com Assistência Médica										
Total despesas com AM (correntes + capital)	4.445.871	4.818.302	7.024.520	8.722.937	8.782.098	9.708.299	12.177.330	13.374.785	17.865.419	24.699.288
Total despesas com AM /total de despesa	22,1	18,6	24,4	26,5	25,3	24,0	25,9	26,0	27,8	31,5

Fonte: Balanços Gerais do INPS.

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

se verifica um verdadeiro "boom" a partir da implantação do Plano de Pronta Ação (Portaria nº MPAS-39, de 05 de setembro de 1974), "... destinado a tornar os serviços de saúde mais acessíveis, de imediato, aos beneficiários da Previdência Social".

Aceleraram-se desde então os contratos de prestação de serviços de saúde com o setor privado, sob a forma de convênios com hospitais e clínicas da rede privada, e de convênios com empresas "no sentido de manterem serviço próprio ou contratado para o atendimento de seus empregados em caso de doença" -- nas palavras de um folheto de propaganda do INPS. Observe-se que neste último caso os empregados da empresa perdem o direito aos serviços médicos do INPS, exceto em situações, previstos explicitamente, de tratamento muito longo ou custoso. Até mesmo os atestados médicos passam a ser fornecidos pela empresa médica; considerando-se que o contrato é feito entre as duas empresas e que os beneficiários dos serviços não têm poder para opinar sobre sua qualidade, conclui-se facilmente que se tal sistema livra-os das filas e demoras típicas da assistência direta pela Previdência, deixa-os, ao mesmo tempo, impotentes para reagir contra um serviço frequentemente de má qualidade, voltado fundamentalmente para a redução dos custos da assistência preocupado em satisfazer a parte pagadora -- a empresa contratante.

Crescem também, porém em escala muito menor, os convênios com a rede oficial não previdenciária -- principalmente hospitais universitários e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde -- assim como se expande também a credenciação de médicos (11).

Observe-se também que neste surto expansionista; embora o atendimento hospitalar apresente taxas bastante elevadas, o atendimento ambulatorial cresce proporcionalmente ainda mais (Tabela 7). Isto deve qualificar um certo tipo de crítica à Medicina Previdenciária, que acusa-a de desprezar os métodos mais simples e -- portanto -- mais baratos. Informações de especialistas, entretanto, são bastante incisivas quanto à má qualidade deste tratamento ambulatorial -- aqui, como em outras áreas, prestado principalmente pela rede privada e que complementa a internação hospitalar.

Este "boom", dentro de um movimento já fortemente expansivo, revelava a existência de uma demanda insatisfeita, extrema-

mente elástica e também uma ativa acumulação de capital na rede privada de assistência médica, cujas taxas de lucro e de investimento requeriam respaldo estatal, via elevação dos dispêndios do INPS. Em dez anos o nível real de gasto da assistência médica promovida a partir do INPS elevou-se em 437%. O FUNRURAL, que começa a operar com assistência médica a partir de 1972, eleva seus gastos em 254% até 1976, como se pode depreender das informações das Tabelas 17, 18 e 19.

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

Os últimos dez anos deixam claro que a política nacional de saúde atribuiu fundamentalmente à medicina previdenciária a atenção à saúde da população, reduzindo a importância do segmento relativo a medidas coletivas, incluído o saneamento. Isto se fez através da articulação entre Estado e capital privado, na área industrial, de serviços e financeira, que vieram a conformar um amplo espaço para a acumulação de capital. De certa forma o próprio discurso oficial reconhece isto:

"Além de insuficientes (apesar de seu vulto) para o atendimento satisfatório da população, os recursos canalizados para o setor de assistência médica da previdência social não se originam da tributação geral, isto é, não provêm do orçamento da União. A assistência médica da previdência social é custeada — todos o sabem — por contribuições dos segurados e das empresas, destinadas, como previsto na constituição, à cobertura dessa e das demais prestações previdenciárias. E essas contribuições não poderão, sob pretexto algum, ser desviadas de sua finalidade constitucional e regulamentar" (...) "Carecem inteiramente de fundamento, por conseguinte, os reparos sobre a desproporção entre os recursos alocados à saúde pública e à assistência médica previdenciária quando sugerem a elevação dos primeiros mediante utilização de parte de receita de contribuições de previdência social. Há desproporção, sim, entre

Tabela

FUNRURAL - Receita e Despesa
(Cr\$ 1.000 de 76)

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

Obs: Deflator utilizado: Conjuntura Econômica, coluna 2.

Fonte: SINPAS - Grupo de Custeio.

(*) (%) da receita total.

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

(2) Somente despesas específicas: Assistência Ambulatorial e Hospitalar

(3) Somente despesas específicas.

dois orçamentos, mas o da saúde pública é que necessita ser elevado, e não o outro rebaixado. A solução do problema estaria, assim, na obtenção de novas fontes de custeio para os programas de saúde pública" (12).

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

Era inevitável que os dez anos de "boom" da medicina previdenciária acabassem por trazer a necessidade de uma nova etapa de "racionalização" com a implantação do SINPAS em 1978 (13).

Na realidade, o que vem se colocando ao Estado é a necessidade de solucionar uma contradição que ele mesmo ajudou a agravar: por um lado, vem se mostrando necessário conter o gasto com medicina previdenciária, porque a demanda não tem limites, como se verificou ao longo destes dez anos e, também, porque as articulações com o setor privado são extremamente onerosas, comprometendo o equilíbrio financeiro da Previdência Social. Por outro lado, como principal financiador da acumulação de capitais no setor saúde, a Previdência Social está presa à sua própria trama, estão cristalizados mecanismos de pressão dos setores privados que tomam muito caras as ações da medicina previdenciária. Não havendo soluções à vista, apela-se para uma ideologia "racionalizadora" - tal como a criação do SINPAS - que apenas contorna o problema.

2.3 As Formas de Financiamento

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

Quanto aos gastos em saúde pública, de responsabilidade principalmente da União, a resposta é bastante simples. Sua reduzida participação relativa e o caráter notoriamente regressivo da estrutura tributária brasileira indicam com certeza quem suporta seu peso: os assalariados. Ou alguém de bom fôlego poderia supor que

a despesa em saúde pública, aos níveis que vem sendo feitas, funciona como mecanismo efetivo e ponderável de redistribuição de renda?

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

Como já se viu, antes da unificação eram os segurados que sustentavam financeiramente o sistema, já que a União não efetivava suas transferências e as empresas cumpriam seus compromissos de maneira muito limitada, acumulando débitos sobre débitos. Esta situação permanece praticamente a mesma.

Observando a composição da receita do INPS entre 1967 e 1976, verifica-se um declínio permanente (de 9,2 para 4,7%) das Transferências Correntes em relação às Receitas Correntes, que representam mais de 99% da Receita Total. Ora, as Transferências Correntes são exatamente as contribuições da União, que deveriam cobrir a importância necessária ao custeio das despesas com pessoal e administração geral, bem como as referentes aos reajustamentos de benefícios (Tabela 20) (14). Fica clara, portanto, a baixa participação da União no financiamento do INPS. Além disso, é perfeitamente lícito afirmar que o declínio do peso das Transferências Correntes indica um deficit da União para com a previdência, cuja existência ninguém duvida e cujo montante é impossível precisar.

As Receitas Patrimoniais e de Capital, que correspondem aos retornos dos investimentos e ao apurado com a alienação de bens, têm sido irrelevantes no total da receita, demonstrando que a capitalização continua problemática: somente nos anos de 1975 e 1976 a Receita Patrimonial foi visível (2,3% e 2,2% da Receita Corrente, respectivamente), pois nos demais esteve abaixo de 0,5% (15).

Em suma, nem a União nem a capitalização têm sido o suporte financeiro da medicina previdenciária, que está, isto sim, apoiada na receita tributária do INPS, integrada pela contribuição de empregados e de empregadores, cujo peso passa de 84% da Receita Corrente para 90% entre 1967 e os anos 70 (Tabela 20).

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

De fato, somente as contribuições dos empregados pode ser

Tabela 20

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

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

Fontes: MPAS - INPS - Balanços Gerais.

considerada um tributo direto. A parcela paga pelas empresas deve ser considerada como custos relativos a encargos sociais e como tal, transferidos aos consumidores sob a forma de aumento no preço dos produtos ou serviços. Esta transferência é possível na medida em que já está amplamente firmado na economia brasileira o controle oligopólico da produção e dos mercados (16).

Antes da reforma de 1966 as contribuições das empresas eram simplesmente, digamos assim, postergadas... A partir de então, a legislação é rigorosa, prevê correção monetária, sanções etc. e as empresas já não podem "adiar" seus compromissos com a previdência; mas podem fazer uso do poder oligopólico e repassá-los aos preços.

Nem as empresas, nem a União, portanto, suportam financeiramente a Previdência Social. Isto fica ainda mais claro quando recorremos a algumas comparações internacionais.

Os padrões mundiais de financiamento indicam que os governos contribuem em média com 40% dos recursos previdenciários; este percentual chega a 65% para um grupo selecionado de países "desenvolvidos" e até mesmo "subdesenvolvidos". No Brasil, conforme já se disse, a participação é de 9,2% em 1967, chegando a 4,7% em 1976. Comparadas internacionalmente, portanto, a contribuição do governo brasileiro ao sistema previdenciário é nitidamente insignificante.

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

2.4 Determinantes do padrão de gasto e da forma de financiamento

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

É inequívoco que se promoveu uma expansão significativa da assistência médica, tornada possível pelo acréscimo dos recursos financeiros à disposição do Estado, que se deve ao aumento da carga tributária em previdência e ao boom econômico de 1968-1973, que

Tabela 21

Participação média das fontes de recursos da Previdência Social, 1963

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

Fonte: Bacha, E.L.; Matta, M. e Mondanesi, R.L., 1972, p. 57.

Tabela 22

Estrutura do Custeio da Previdência Social
13 países, 1963

PAÍSES	% da RECEITA TOTAL DE 1963				
	Segurado	Empregador	Governo	Receitas do Capital	Outros
Dinamarca	13	9	76	1	1
Inglaterra	22	20	54	2	2
Irlanda	7	24	68	1	-
Islândia	17	12	64	6	1
Romênia	-	41	59	-	-
Suécia	17	23	57	-	-
Tchecoslováquia	2	33	65	-	-
EUROPEUS	11,1	23,1	63,3	1,3	0,6
URSS	-	27	73	-	-
Canadá*	7	10	56	5	22
Austrália	9	11	77	3	-
N. Zelândia	47	4	47	2	-
Venezuela	10	18	71	1	-
Colômbia	8	33	58	-	1
MÉDIA GERAL	12,3	20,4	63,4	1,8	2,1

Fonte: L'Impact Macro-Economique de la Sécurité Sociale, OIT, Genebra, 1970

(*) O número alto de "Outros" justifica-se pela inclusão de impostos e taxas vinculados ao financiamento da previdência equivalente a 18% no caso do Canadá.

Apud Bacha, E.L.; Matta, M. e Mondanesi, R.L., 1972, p. 63.

garantiu uma forte elevação da folha de salários. No entanto, não se percebe nenhum tom redistributivo neste desenvolvimento da medicina previdenciária pois, são os assalariados e os consumidores em geral que arcam com os custos. Por outro lado, o gasto público direto em saúde mantém-se quase estagnado em termos reais. Isto resulta numa política de gastos diretos em saúde altamente regressiva, tomando em conta apenas o crescimento vertiginoso da receita do Estado entre 1968 e 1974 e deixando de lado o caráter já per se regressivo da estrutura tributária.

Esta característica fundamental não é própria apenas da política de saúde mas de toda a política social do Estado, que se rege por uma regra de ouro: os assalariados pagam o que recebem e o Estado orienta o gasto público para atender os vários interesses capitalistas que contempla. Quer-se dizer com isto que o Estado brasileiro, como todo Estado capitalista, é obrigado a levar em conta de alguma maneira os interesses dos assalariados. Entretanto, este Estado emerge em 1964 comprometido com um pacto social que exclui a participação dos assalariados nas decisões fundamentais, o que leva a desenvolver uma política social e de saúde que elimina quaisquer medidas que ultrapassem os estreitos limites indicados.

Não se pode aceitar, portanto, a visão tecnocrática que pretende explicar o nível e a composição do gasto e suas formas de financiamento por fatores institucionais, tais como a vinculação da receita e sua elasticidade, a divisibilidade ou não do consumo, etc. Convém examinar esta posição mais detalhadamente, tomando como paradigma o trabalho de Rezende e Mahar (1974).

Um ponto inicial a considerar é a relação estabelecida entre a vinculação de recursos e a distribuição de gastos por programa. As hipóteses desenvolvidas em trabalho anterior de Fernando Rezende, e das quais partem os autores,

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

Considera-se então que:

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

Diz-se ainda:

"... é lícito admitir que as características institucionais de financiamento da participação direta do setor público em atividades relacionadas à promoção do bem-estar social são de ordem a enfatizar gastos de transferências referentes à manutenção do nível de renda familiar em casos de morte, doença, invalidez, velhice e desemprego (previdência social) e gastos com a assistência médica individual. Os demais programas, exempli gratia saúde coletiva e assistência social, pela natureza do serviço produzido não podem ser normalmente financiados pelo mecanismo de contribuições previdenciárias, principalmente o primeiro, pela indivisibilidade no consumo" (17).

Prosseguem:

"... como o crescimento da receita vinculada é maior do que o crescimento da receita total, isto resultou necessariamente numa crescente participação relativa destes programas (previdência social e assistência médica representam quase 90% dos gastos da função que incluía ainda saúde coletiva, assistência social e administração) no conjunto de gastos com saúde e previdência da segunda metade da década de 60".

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

"Vale a pena notar que no que se refere a uma abordagem global das atividades do Governo no setor saúde, tal fato tem uma repercussão importante, qual seja, a de concorrer para uma progressiva concentração relativa dos gastos naquilo que se convencionou chamar de medicina curativa em oposição à medicina preventiva..." (18)

Transparece claramente que se privilegia a determinação da composição do gasto pela vinculação setorial de recursos. Assim,

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

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

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

5 O desenvolvimento do capital na prestação de serviços de saúde

Cumprido, neste passo, examinar mais detalhadamente as formas de articulação entre o Estado e o setor privado, a fim de revelar a natureza da intervenção estatal e, ao mesmo tempo, esclarecer suas relações com a expansão do capital na Assistência à Saúde.

De há muito a propriedade privada lucrativa de unidades de serviços de saúde ocupa posição significativa no Brasil. Se cresceram sua importância, influência e dimensões após a unificação dos institutos, em 1967, isto se deve a que este momento marca o iní-

cio da hegemonia da medicina previdenciária, cuja expansão se faz justamente através do apoio às unidades privadas. Mas se foi esse o caminho seguido, isto decorreu exatamente da constituição prévia dos interesses empresariais, capazes de moldar a arte fundamental da política de saúde adotada desde então. É este desenvolvimento que importa desvendar. Ultimamente, uma espécie de "financiamento ao consumo" através do INPS, tem sido a principal função do Estado, na área de saúde. Sustenta ele assim um dos componentes básicos do consumo dos assalariados, em especial aqueles que se situam em níveis inferiores da escala salarial, a maioria, no caso brasileiro. Mas, sustenta também uma demanda relacionada a uma área de acumulação de capital formada pela rede privada prestadora de serviços médicos, pela indústria farmacêutica e de equipamentos médicos.

Quando se verificou o primeiro "boom" da assistência médica previdenciária, em meio à crise econômica global e dos institutos no início da década de 60, já se evidenciara a incapacidade da rede oficial de serviços atender à crescente demanda por atenção à saúde. Após a unificação dos institutos tampouco se consolidou uma política de expansão da rede oficial previdenciária, de modo que estava aberto o espaço para o desenvolvimento do capital privado no setor que em realidade já na primeira metade da década de 60 era significativo.

"A rede de serviços próprios provenientes das antigas instituições era bastante modesta: vinte e dois hospitais em atividade, cinco em construção, quinhentos e cinco ambulatórios e vinte e oito consultórios médicos, para o atendimento de um total de beneficiários que correspondia, já em 1964, a 22% da população total brasileira, e ascendia, em 1969, a 39% dessa população. As conseqüências mais imediatas dessa situação estão expressas no fato de que, em 1967, dos 2.800 hospitais existentes no país, 2.300 estavam contratados pelo INPS" (19).

Em 1964, 33,1% dos hospitais existentes no país correspondiam a unidades privadas lucrativas; em 1967 aquele percentual se havia elevado para 44% (Tabela 23).

Tabela 23

Número de Hospitais Segundo Entidade Mantenedora

Anos	Números Privados			Números Relativos				
	Públicos (1)	Privados Não Lucrativos	Privados Lucrativos	Total	Públicos (1)	Privados Não Lucrativos	Privados Lucrativos	Total
1956	447	2058		2.505	17,8	82,2		100,0
1960	371	2176		2.547	14,6	85,4		100,0
1964	457	1.446	944	2.847	16,1	50,8	33,1	100,0
1967	469	1.343	1.423	3.235	14,5	41,5	44,0	100,0

(1) Inclui União, Estados e Municípios, Entidades autárquicas para-estatais e mistas.

Fonte: IBGE, Anuários Estatísticos; Apud: Kowarick, L. *op.cit.*, p. 39.

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

É esta rede privada que depois da criação do INPS vai dominar a produção de serviços, enquanto a rede oficial previdenciária ocupará lugar secundário no que diz respeito ao volume de atos médicos, principalmente internações. Ocorre também uma certa divisão de trabalho entre hospitais oficiais e privados. Aos primeiros, geralmente melhor equipados, ocorrem os casos mais graves, de tratamento mais demorado e difícil e portanto mais custoso. Aos

hospitais privados destinam-se os casos mais simples, mais rápidos, mais baratos - e mais lucrativos. O que se assistiu então foi a consolidação da ocupação capitalista da prestação de assistência médica, onde Estado e setor privado integram-se na maneira favorável a este, não só a nível do financiamento, como também da própria produção dos serviços. A centralização significou uma expansão inédita do gasto em medicina previdenciária, criando condições de escala para a expansão capitalista da rede de serviços; o conjunto das empresas médicas expandiu sua capacidade hospitalar e ambulatorial, voltada basicamente para o mercado financiado pelo INPS.

De 1967 a 1970 as taxas anuais de expansão do programa saúde do INPS são de 8,3%, 45,7% e 23,6%, respectivamente. Nos anos 70 os dispêndios com assistência médica seguem expandindo-se a taxas elevadas, principalmente a partir de 1974 com o PPA - Plano de Pronto Ação: 10,3% em 1972, 25,3% em 73, 9,8% em 74, 32,1% em 75 e 36,2% em 76. Nesta década, portanto, as empresas médicas já constituem uma área de acumulação de capital plenamente instaurada, com seus interesses reconhecidos pelo Estado, como diz um relatório do INPS:

"Em realidade existem quatro setores influentes nas decisões em relação à assistência médica: as empresas de prestação de serviços de saúde, a indústria farmacêutica, a indústria de equipamentos e o pessoal das equipes de saúde" (20).

Tais interesses encontram-se articulados de maneira bastante coerente e, ao contrário dos interesses dos beneficiários da previdência, são capazes de se fazer ouvir e exercer influência. Em alguns casos, o discurso das entidades privadas praticamente se confunde com o discurso oficial, como se pode depreender do seguinte comentário à lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975 (21), feito pelo presidente da Federação Brasileira de Hospitais, entidade que congrega cerca de 3 mil hospitais privados:

"... a atuação governamental deve-se concentrar nas atividades de saúde de interesse coletivo, como saneamento básico, pesquisas, formação profissional, higiene e segurança do trabalho. A iniciativa privada concentra-se principalmente no atendimento individual (...) a área de atuação do Governo deve ser normativa e fiscalizadora, cabendo à iniciativa privada a efetiva atuação no atendimento da população por meio de convênios com o Instituto Nacional de Previdência Social" (22).

2.6 - Tecnificação e desenvolvimento capitalista

Já se fez referências breves sobre a vinculação existente entre expansão dos interesses capitalistas no setor saúde e desenvolvimento científico e tecnológico. Cabe agora examinar como estes dois fatores se apresentam concretamente neste último período de expansão desta medicina previdenciária. O que se verá é a tecnificação do ato médico, manifestada numa maior divisão de trabalho, que se expressa não só nas especializações médicas como em sua articulação com procedimentos técnicos cada vez mais sofisticados dos serviços de saúde.

Os avanços científicos e tecnológicos no processo de produção dos serviços de saúde são fatores básicos da dinâmica do setor; aparecerão como determinantes fundamentais tanto na evolução da rede de serviços, em seus aspectos hospitalar e ambulatorial, quanto na transformação da mão-de-obra médica, em particular a tendência ao assalariamento; e mais ainda, na expansão da retaguarda industrial do setor, responsável pela produção dos instrumentos do trabalho médico. Segundo Donnangelo,

"A especialização, como uma forma de divisão técnica do trabalho, aparece como o resultado mais imediato da inovação técnico-científica. Nesse sentido, ela representa uma diferenciação entre os produtores, consistente na especificidade dos instrumentos de trabalho com que operam (informações e equipamentos); do objeto imediato de seu trabalho (grupos em diferentes fases do desenvolvimento biológico, patologias específicas, áreas limitadas do organismo humano), das ações técnicas que desenvolvem sobre esse objeto. Por outro lado, a especialização acentua a complementariedade entre as diferentes formas de trabalho e, conseqüentemente, a dependência entre os especialistas, em termos de compreensão da totalidade dos processos que atuam sobre o organismo humano e da necessidade de dirigir a atividade médica para um único resultado final: a preservação da vida humana" (23).

É principalmente nas chamadas "especialidades complementares" vitais tanto no processo de diagnóstico quanto na terapêutica, que se apresenta particularmente claro o aspecto técnico-científico que as amarra à utilização de máquinas e equipamentos. Estamos diante de um movimento geral que altera a produção material, a produção de conhecimento, a formação de mão-de-obra e a própria

organização das unidades de atenção, vinculadas ao processo de produção de serviços de saúde.

As informações da Tabela 24, para a área da Grande São Paulo, em 1971, e obtidas através de pesquisa de campo com uma amostra de quase 1000 médicos, são bastante significativas.

Tabela 24

Distribuição Percentual dos Médicos Segundo Especialidades*

Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas	
	%		%
Clínica Geral	8,8	Cirurgia Geral	7,4
Medicina Interna	9,1	Obstetrícia e Ginecologia	11,5
Pediatria	12,6	Oftalmologia	2,9
Psiquiatria	6,3	Otorrinolaringologia	3,5
Dermatologia	1,2	Ortopedia e Traumatologia	3,3
Neurologia	1,4	Urologia	1,9
Alergia	0,3	Anestesiologia	2,7
Cardiologia	2,7	Cirurgia Digestiva	1,2
Endocrinologia	0,9	Cirurgia Infantil	1,0
Gastroenterologia	1,5	Cirurgia Plástica	1,1
Nefrologia	0,6	Cirurgia Torácica	0,5
Pneumologia e Tisiologia	1,8	Neurocirurgia	0,6
Reumatologia	0,7	Proctologia	0,3
Geriatría	0,1	Oncologia	0,7
Hematologia	0,1	Angiologia	0,7
		Cirurgia de Mão	0,1
		Cirurgia de Cabeça e Pescoço	0,1
Total: 435 casos	(48,1)	Total: 357 casos	(39,5)
Especialidades complementares de diagnóstico e terapêutica.		Outras	
	%		%
Patologia	1,8	Administração Hospitalar e de Serviços	1,9
Anatomia Patológica	0,2	Saúde Pública	1,4
Radiologia	1,8	Pesquisa Básica	1,2
Fisioterapia	0,1	Medicina do Trabalho e Perícia	1,4
Endoscopia	0,3	Medicina Legal	0,5
Eletronecefalografia	0,5	Medicina Preventiva	0,2
Medicina Nuclear	0,3	Medicina Esportiva	0,1
Radioterapia	0,3	Divulgação Farmacêutica	0,1
Hemoterapia	0,3		
Total: 51 casos	(5,6)	Total: 62 casos	(6,8)
TOTAL GERAL: 905 casos (100,0%)			

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

Fonte: Donnangelo, Maria C.F., op.cit., p. 61.

1030

Tabela 25

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

Escolas de nível superior		Vagas 1º ano			Alunos	Graduados (1973)	
Cursos	Nº (1973)	1964	1974	Varição (%)	Matriculados (1971)	Nº	(%)
Medicina	73	3.021	8.003	165	50.162	6.805	52,0
Odontologia	52	1.972	4.234	115	14.538	2.597	19,9
Enfermagem	45	1.235	2.367	222	6.344	1.218	9,3
Farmácia e bioquímica	28	1.054	2.199	109	6.761	1.489	11,1
Veterinária**	16	560	-	-	1.176	608	4,6
Nutrição	8	-	540	-	1.357	236	1,8
Fisioterapia	6	-	330	-	541	102	0,8
Terapia ocupacional	3	-	60	-	103	30	0,2
Subtotal	231	7.342	17.733	-	80.982	13.085	100,0
Ciências Biológicas	69	-	5.952	-	12.001	2.167	-

* Dados analisados por Drhus, Ministério da Saúde.

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

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

1051

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

"... desenvolvimento, no setor urbano-industrial da sociedade brasileira, do processo de divisão de trabalho conseqüente à ampliação dos instrumentos científicos e técnicos para a produção de serviços de saúde, embora não forneçam qualquer indicação quantitativa precisa do ritmo em que ele ocorre" (24).

Quanto às transformações econômico-sociais que atingiram a mão-de-obra médica, a fundamental é a tendência inexorável ao as salariedade, em meio à capitalização da medicina. Como já se dis se, as transformações que este progresso tecnológico trouxe ao pro cesso de trabalho médico reforçou a divisão de trabalho manifesta nas diversas especialidades clínicas e cirúrgicas e, em termos mais gerais, diversificou, de modo definitivo e generalizado, procedimentos científico-tecnológicos nas práticas de diagnóstico e de te rapia. Evidentemente, isto trouxe como conseqüência profundas mudanças técnico-econômicas na organização dos serviços de saúde, in clusive nas formas de inserção dos médicos e profissionais de saú- de no mercado de trabalho.

Do ponto de vista das unidades de serviços a maior deman da de equipamentos acarretou que o hospital se transformasse numa plataforma técnica essencial para a dinâmica conjunta da assistên- cia médica hospitalar e ambulatorial. Aquele uso torna-se uma

"... imposição técnica da utilização de meios de tra balho ali concentrados, que ultrapassam de muito as exigências exclusivas das atividades cirúrgicas, na turalmente ligadas ao hospital. O consultório iso- lado despoja-se, correspondentemente, de seu estilo tradicional, baseado na presença de uma clien tela difusa e na utilização de técnicas simplificadas" (25).

Estas determinações técnicas impõem a cooperação no pro cesso de trabalho médico, ocorrendo

"... a tendência ao aumento do trabalho sob forma gru pal à medida que as atividades médicas passam a exi gir um maior volume de tecnologia material" (26).

Desta forma,

"A generalização do assalariamento por quase todo o grupo profissional e sua contrapartida — a concentração dos meios de produção em empresas públicas ou privadas — permitem supor que ele não é apenas uma alternativa de integração no mercado, mas uma forma que se impõe progressivamente, revelando uma tendência à redução da multiplicidade atual, esta mesma refletindo o caráter recente das mudanças introduzidas na organização dos meios de produção" (27).

A questão da formação desta mão-de-obra especializada aplica no estudo de questões que ultrapassam o âmbito de nossas proposições. Pode-se observar, no entanto, que já na primeira metade da década de 60 o crescimento das matrículas nas faculdades de medicina anunciava a formação de mão-de-obra que, ampliando a oferta, criaria condições de assalariamento com baixos salários reais tanto pelo Estado quanto pelas empresas médicas privadas. Em São Paulo, as matrículas crescem 113% entre 1965 e 1970, superando consideravelmente a expansão de 30,5% verificada entre 1955 e 1960 (28). Este comportamento é comum a todo o país. A oferta de vagas nas faculdades de medicina eleva-se 165% entre 1964 e 1974. As áreas correlatas, odontologia, enfermagem, farmácia e bioquímica apresentam também crescimento significativo, como se pode ver pela Tabela 25.

De fato, em 1971 na amostra de profissionais médicos no Grande São Paulo analisada por Donnangelo, 28% participavam do mercado de trabalho exclusivamente como assalariados, subindo este percentual para mais de 80% ao se considerar aqueles que ademais do assalariados trabalhavam sob outras formas, ou seja, como autônomos, proprietários, etc. (Tabela 26).

Outro aspecto deste movimento é a considerável expansão e diversificação da mão-de-obra nos serviços de saúde, particularmente nas unidades hospitalares. Aumenta a relação mão-de-obra empregada/leitos, tanto do pessoal de nível superior — médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais — como de nível intermediário e auxiliar, como se pode verificar na Tabela 27.

De fato, em 1971 na amostra de profissionais médicos na Grande São Paulo analisada por Donnangelo, 28% participavam do mercado de trabalho exclusivamente como assalariados, subindo este percentual para mais de 80% ao se considerar aqueles que ademais de assalariados trabalhavam sob outras formas, ou seja, como autônomos, proprietários, etc.

Tabela 26

Distribuição dos Profissionais de acordo com a Situação Atual no Mercado

	Nº e tipos de situações no mercado	Nº de profissionais	%
Formas "puras"	Assalariamento	253	28,0
	Autonomia "típica"	75	8,4
	Propriedade de empresa de saúde	17	1,9
	Autonomia "atípica"	41	4,5
	Subtotal	387	42,8
Formas "compostas"	Autonomia "típica" e assalariamento	274	30,2
	Autonomia "atípica" e assalariamento	148	16,3
	Propriedade e assalariamento	45	5,0
	Propriedade e autonomia "típica"	6	0,7
	Propriedade e autonomia "atípica"	6	0,7
	Propriedade, autonomia "típica e assalariamento"	12	1,3
	Propriedade, autonomia "atípica e assalariamento"	7	0,8
	Formas Cooperativas	20	2,2
	Subtotal	518	57,2
	TOTAL	905	100,0

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

Tabela 27

BRASIL

Recursos Humanos para a Saúde

Pessoal de estabelecimentos hospitalares

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

1961-71

	1961	1971
Leitos	232.905	367.521
Expansão observada	-	+ 58% (5,3% a.a.)
Empregos ocupados em geral	48.238	229.757
Expansão observada	-	+ 376% (34% a.a.)
Empregos/100 leitos	20	62
Leitos/empregado	4,8	1,6
Empregos de médicos	20.167	46.518
Médico/100 leitos	9	13
Leitos/médico	11,5	8
Empregos de enfermeiros	6.054	6.688
Enfermeiros/100 leitos	2,6	1,8
Leitos/enfermeiro	38,5	55,5
Empregos de nutricionistas	336	986
Nutricionistas/100 leitos	0,15	0,2
Leitos/nutricionistas	693	373
Empregos de assistentes sociais	511	1.248
Assistente social/100 leitos	0,2	0,2
Leitos/assistente social	456	294
Empregos pessoal nível intermediário e auxiliar	19.045	92.513
Pessoal nível intermediário e auxiliar/100 leitos	8	25
Leitos/pessoal auxiliar	12,5	-

Fontes: Anuários estatísticos do Brasil. IBGE, 1962-75. Ministério da Saúde. Coordenadoria de Assistência Médico-Hospitalar. Cadastro Hospitalar Brasileiro, 1973.

Cf. Sayeg, Mário A., *op. cit.*, p. 125.

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

"... à eliminação do modelo artesanal de atividade médica (medicina liberal) através da crescente separação entre o produtor direto e uma significativa parcela de seus meios de produção, com a correspondente substituição da troca direta entre produtor e consumidor pela venda de força de trabalho no âmbito de um sistema de produção estatal ou privado de serviços de saúde" (29).

O que se pretende de novo enfatizar, neste passo da análise, é o fato de que todo o processo técnico e econômico da capitalização da medicina vivido pelo Brasil desde os começos de 60 e que norteou a política de saúde e o "Setor Saúde" deste então, teve no hospital - tanto privado quanto público - sua base técnica e econômica; daí a prioridade dos dispêndios com a assistência hospitalar durante todo o período. Sendo assim, convém efetuar uma análise mais detalhada das despesas da medicina previdenciária com a assistência hospitalar, ambulatorial, e com os serviços complementares.

1.6 Assistência hospitalar, ambulatorial e serviços complementares

Como vimos no Capítulo 2, a expansão da assistência médica no período dos IAPs estava centrada na assistência hospitalar, tendo se verificado então uma queda relativa da assistência ambulatorial. Esta tendência, entretanto, modifica-se; serão aventadas aqui algumas explicações para a mudança.

Dentre as críticas feitas à assistência médica no Brasil, tem sido uma constante a afirmação de que ela dá ênfase à assistência hospitalar - mais complexa, mais cara - em detrimento da assistência ambulatorial - mais simples, mais barata. Evidentemente, escapa ao alcance deste trabalho a possibilidade da avaliação desta afirmativa ao nível "técnico". Entretanto, uma das explicações para esta ênfase no hospital tem sido uma lucratividade pretensamente maior da assistência hospitalar, que por seu preço mais elevado

- pago pela Previdência Social e sem um processo verdadeiramente seguro de avaliação de sua real necessidade e adequação - seria a preferida pelas empresas médicas; cabe aqui avaliar estas explicações tendo em vista o acentuado crescimento da assistência ambulatorial nos últimos anos.

Em primeiro lugar, deve-se ter em conta que é necessário muito cuidado para não cair nas malhas do economicismo e até mesmo buscar para todos os fenômenos uma explicação meramente financeira. Embora as empresas médicas, enquanto tal, não difiram em seu comportamento de qualquer outra empresa capitalista, há que se levar em conta as peculiaridades distintivas da categoria dos médicos, enquanto conjunto de profissionais. O prestígio que atribuem - e que a sociedade atribui - à sua própria ciência, a defesa do monopólio de seu saber específico, seu código de ética que os faz ver seus atos como passíveis de julgamento apenas por seus pares, tem uma influência certamente muito importante em seu comportamento. Assim, tendências da assistência médica como um todo muitas vezes são tão mais referidas à formação dos médicos do que ao imediato desejo de "faturar" mais. As influências da "sociabilidade capitalista" não devem ser buscadas apenas no plano imediato; elas se fazem sentir na própria visão da sociedade como um todo, na formação de suas ciências.

Ademais, a questão da lucratividade da medicina e suas influências sobre a questão da recuperação da saúde não podem ser vistas de maneira imediatista. O crescimento da assistência ambulatorial não é contraditório com a tendência à capitalização vivida pela assistência à saúde no Brasil. E mais: na medida em que este atendimento ambulatorial se acopla à expansão da realização de serviços complementares de diagnóstico e tratamento, ele pode vir a ocupar uma posição de destaque no processo de acumulação de capital. Para tal, bastava que fosse criada no hospital uma base técnica articulada com a rede de serviços complementares (dentro e fora do hospital) e com todo o complexo tecnológico do processo de diagnóstico e terapêutica, num movimento que significou a utilização dos hospitais como área de acumulação de capital. E com efeito, passou-se desde 1969 a acoplar-se como segmento dinâmico da acumulação, a assistência ambulatorial transformada, que mudando a tendência que vigorava até então, apresenta taxas de crescimento de

dispêndio maiores do que as da assistência hospitalar.

Entre 1969 e 1976 os gastos do INPS com assistência ambulatorial cresceram de 400%, enquanto na área hospitalar a expansão foi de 184,7%. O dispêndio ambulatorial em relação ao total do programa saúde do INPS passa de 25,7% em 1969 para 37,7% em 1976, enquanto a hospitalar cai de 67,0% para 56,1% (Tabela 17).

É evidente que a área hospitalar continua sendo bastante dinâmica, como mostram suas taxas de crescimento; é também, ainda, a de maior nível absoluto de gasto. Porém, nos últimos oito anos analisados, com exceção de 1973, teve sempre taxas de crescimento inferiores às da área ambulatorial. Os dados físicos revelam efetivamente uma atenuação da ênfase hospitalar e aumento da ambulatorial, verificada inclusive através de uma redução dos serviços próprios do INPS.

Se no começo da década de 70, 83,4% das consultas ambulatoriais eram prestadas pelo próprio INPS, em 1976 esse percentual cai para 48,5% (Tabela 28). O crescimento do número de consultas como um todo se acelera especialmente a partir de 1974, com o já comentado PPA: 59,8% em 1975 e 28,9% em 1976. Este crescimento é feito basicamente através da rede ambulatorial não-própria cujo número de consultas cresce 230,9% em 75 e 59,6% em 76. Nestes mesmos anos o crescimento das consultas pela rede própria é de 16,8% e 7,0%.

A quantidade total de serviços diversos nos ambulatórios (complementares, odontológicos, Raios X, laboratório) crescem ainda mais do que as consultas: 71,6% em 1975 e 37,0% em 1976, conforme se vê na Tabela 29. Este crescimento é também comandado pelos serviços não-próprios, que sobem 129,5% e 55,3% naqueles anos; já os serviços próprios crescem 20,6% e 6,5%.

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

	<u>S. Próprios</u>	<u>S. Não Próprios</u>
1975	58,4%	41,6%
1976	48,5%	51,5%

Tabela 28

ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

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

Anc	Total	Δ %	Não próprios										
			Próprios	%	Δ %	Total	%	Δ %	Contratados	%	Conveniados	%	
1971	47.799.459		39.860.574	83,4		7.938.885	16,6						
1972	51.231.079	7,9	41.273.612	80,6	3,5	9.957.467	19,4	25,4					
1973	52.258.910	2,0	42.256.061	80,9	2,4	10.002.849	13,1	0,5					
1974	55.384.627	6,0	44.258.192	79,9	4,7	11.126.435	20,1	11,2					
1975	88.504.656	59,8	51.687.171	58,4	15,6	36.817.485	41,6	230,9	15.816.341	43,0	21.001.144	57,0	
1976	114.067.825	28,9	55.309.228	48,5	7,0	58.758.597	51,5	59,6	29.936.744	50,9	28.821.853	49,1	

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

Tabela 29

ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

Quantidade de serviços diversos (complementares, odontológicos, Raios-X, laboratório)

Ano	Total	Δ %	Próprios	%	Δ %	Não-Próprios						
						Total	%	Δ %	Contratados	%	Convencional	%
1971	36.644.414		19.963.000	61,2		12.681.414	38,8					
1972	40.325.794	23,5	21.810.302	54,1	9,3	18.515.492	45,9	46,0				
1973	42.696.649	5,9	22.005.290	51,5	0,9	20.691.359	48,5	11,8				
1974	46.403.526	8,7	24.684.671	53,2	12,2	21.718.855	46,8	5,0				
X 1975	79.621.000	71,6	29.782.022	37,4	20,6	49.839.483	62,6	129,5	33.177.125	66,0	16.662.358	33,4
1976	109.087.879	37,0	31.709.649	29,1	6,5	77.378.230	70,9	55,3	54.202.774	70,0	23.175.456	30,0

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

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

	<u>S. Próprios</u>	<u>S. Não Próprios</u>
1975	37,4%	62,6%
1976	29,1%	70,9%

Sabe-se que a partir de 1974, com o PPA, houve uma considerável expansão da assistência médica, tanto que a Tabela 17, já citada, revela para os anos 75 e 76 um crescimento dos gastos do INPS com o programa saúde consideravelmente superior ao dos primeiros anos da década de 70: 32,1% e 36,2%. O que os dados parecem comprovar é que a assistência ambulatorial e principalmente os serviços diversos substituíram parcialmente para as empresas médicas (hospitais e/ou clínicas) a dinâmica de lucratividade que a partir do 60 estava assentada com maior vigor na assistência hospitalar.

Isto não significa que as internações hospitalares caíram. Elas apenas cresceram a taxas menores do que as consultas e serviços diversos ambulatoriais: 31,9% em 1975 e 25,2% em 1976. Compare-se a Tabela 30, a seguir, com as Tabelas 28 e 29, já referidas. Observe-se que o crescimento das internações em hospitais não-próprios também se deu a taxas menores que as das práticas ambulatoriais não-próprias.

Mas mesmo na área hospitalar, os serviços de terceiros seguiram deslocando os do INPS. Aqui, entretanto, o predomínio já era patente em 1970: 95,8% do volume de internações previdenciárias eram feitas por terceiros, percentual que alcança 97,4% em 1976.

É importante ressaltar que uma qualificação melhor do anteriormente dito requereria saber dentre as unidades contratadas e conveniadas - chamados por nós ora de terceiros e ora de não-próprios - quais são privadas e quais são da rede oficial não-previdenciária. Há indicações, no entanto, de que até 1976 eram praticamente inexistentes os convênios com Secretarias de Saúde e apenas dois estavam em execução com os hospitais universitários. Desse modo pode-se afirmar que a expansão ambulatorial centrou-se na rede privada.

Tabela 30

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

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

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

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

1062

Tendo o período dos anos 60 e começo dos anos 70 assistido a criação da base técnica, a assistência ambulatorial pôde ser amplamente incorporada, em novos termos, à dinâmica capitalista da prestação de serviços. Já não se trata da prática ambulatorial anterior ao "boom" da assistência médica do fim dos 50 e começo dos 60. É uma prática ambulatorial ligada técnica e economicamente ao hospital, à rede laboratorial, radiológica, etc.

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

A Tabela 31, no entanto, mostra algo aparentemente oposto à lucratividade da rede privada. A aparente oposição revelada por estes dados seria a redução a partir de 1970 do volume de faturamento dos serviços não-próprios como percentual do total de gastos do INPS com assistência médica: caíram de 79,7% no primeiro ano da década para 67,8% em 1976.

Tabela 31

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

Ano	Serviços Próprios	%	Serviços não Próprios	%	Total
1971	537.804	20,3	2.117.852	79,7	2.655.696
1972	687.034	20,2	2.707.107	79,6	3.394.141
1973	1.101.661	22,4	3.810.690	77,6	4.914.351
1974	1.608.036	23,2	5.317.042	76,8	6.925.848
1975	3.381.510	23,7	8.390.818	71,3	11.775.328
1976	7.383.734	32,2	15.577.949	67,8	22.961.683

Fonte: MPAS - INPS - Balanços Gerais.

Pode-se fazer aqui várias qualificações: em primeiro lugar, segundo técnicos do INPS, aquele resultado se deve basicamente a elevações nos salários dos médicos e demais custos de pessoal do próprio Instituto, aumentando assim os gastos em serviços próprios. No entanto, vale observar que a rentabilidade das empresas médicas estaria defendida mesmo que a tendência exposta no parágrafo anterior fosse efetiva. Esta segunda qualificação parece ser necessária, a ser verdadeira a dinâmica ambulatorial-hospitalar a que se referiu antes. Consideremo-la em detalhe.

Em tendo se verificado, ou vindo a se verificar, esta tendência não é indicadora de estatização dos serviços. Mostraria, isto sim, o fato já comentado da assistência ambulatorial ter-se tornado o segmento dinâmico do faturamento da rede privada. Como esse tipo de assistência tem um custo menor que a hospitalar - porém não necessariamente tem uma rentabilidade menor - a sua predominância como segmento dinâmico teria feito cair relativamente o gasto com serviços de terceiros sem que, obviamente, sua massa real tenha caído e muito menos a taxa de lucro das empresas médicas. Apenas, como o faturamento privado ambulatorial aumentou mais que o privado hospitalar, seu conjunto absoluto cresce, diminuindo porém como participação do gasto total do INPS, cujos serviços próprios hospitalares são de alto custo. (Ou, no caso concreto, porque os reajustes salariais fizeram os custos próprios subirem).

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

Não há dúvida que se a política estatal vier a elevar o volume de serviços prestados pela rede pública previdenciária e não-previdenciária e isto vier a reduzir as fatias de demanda hoje atendidas pela rede privada, então sim, colocar-se-á de fato uma redução no campo de acumulação de capital privado e eclodirão as opções.

1.7 Extensão da cobertura, diferenciação do consumo e previdência privada

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

A partir de 1972 aumenta fortemente a prestação de assistência médica no meio rural, ainda que não se possa afirmar que isso tenha se dado em quantidade e de modo a responder às necessidades concretas daquela população. A Tabela 19 mostra a elevação do gasto real com assistência médica, ainda que seus valores absolutos não sejam de grande monta. Ademais, esta expansão de cobertura aos trabalhadores rurais está trazendo importantes conseqüências a nível econômico: em primeiro lugar, o aparelhamento das unidades de atendimento e consultórios significa uma demanda adicional de equipamentos, instrumentos médicos etc.; em segundo lugar, estes novos pacientes incorporados à rede de atenção à saúde trazem como conseqüência novas demandas por fármacos e medicamentos em geral, atendidas tanto pela rede de distribuição gratuita oficial - CEME - como pela venda a varejo.

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

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

Em primeiro lugar, dispõe-se de uma faixa de assistência médica liberal e/ou de empresas médicas, não apenas nas principais cidades dedicadas ao atendimento da demanda dos grupos de altas ren-

das. Este tipo de assistência, por estar ligada a políticas sociais, não será examinado aqui; porém cabe observar que sua permanência e altos custos são responsáveis pelo desenvolvimento, relativamente recente, dos esquemas de "seguro saúde", que, aliás, estão a merecer estudo específico.

Outra divisão certamente se faz entre medicina previdenciária e a medicina oficial não-previdenciária, que inclui basicamente a assistência médica prestada pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, cujo padrão de atendimento tende a ser menos tecnificado e mais "simplificado".

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

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

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

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

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

Nesse particular vale referir que o presidente da Associação Médica Brasileira, em debate na Escola

Superior de Guerra, denunciou que os grupos médicos atendem os dirigentes das empresas tratando-os a vala de libra, enquanto não satisfaz às necessidades mínimas do trabalhador em geral, de baixa qualificação.

Embora a acusação tenha sido feita sem qualquer suporte de natureza concreta, tudo faz crer que há fundamento na afirmação. É que no contrato firmado entre as empresas empregadoras e as empresas médicas consta a fixação de categorias diferenciadas. Uma das empresas médicas, no Rio de Janeiro, refere os seguintes tipos de beneficiários: 'standard', 'extra', 'executivo', 'especial'" (30).

Outra tendência recente, e aparentemente articulada a esta diferenciação, é o sistema de previdência privada, recentemente regulamentado e que pode vir a se tornar um complemento importante e diferenciado do sistema previdenciário oficial. Complemento porque aliviaria o atual SINPAS tanto das pressões por assistência médica quanto daquelas relativas ao pagamento de benefícios e auxílios em geral.

O ex-presidente do INPS, Sr. Rheinhold Stephanes, em entrevista à revista Visão (21 de março de 1977), após afirmar que um aumento de 20% e 30% na demanda de atendimento médico estrangularia o sistema, conclui:

"Logicamente, há saída para o impasse. O governo desconta 5% nas contribuições de empresas privadas ao INPS quando estas prestam serviços médicos a seus empregados, por meio de convênios, e desafoga assim a previdência social. Há empresas modelares, como a Volkswagen e a Bosch, nesse atendimento. Nosso propósito é que a iniciativa privada adote ou amplie esses serviços".

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

A previdência privada irá assim significar um reforço da diferenciação das rendas e consumo dos assalariados, uma fonte de mobilização de recursos para o mercado de capitais, reforço do espaço de lucratividade das empresas médicas, mecanismos de atração e controle de sua mão-de-obra. Ou seja, uma espécie de política

social da empresa moderna, uma nova face daquela estratégia de empresa para captação de trabalhadores que foi identificada nos começos deste século.

As observações acima devem ser vistas apenas como sugestões e especulações, já que o pouco tempo decorrido desde a implantação da previdência privada ainda não permite efetuar uma análise adequada de seu comportamento real.

3 As novas formas de financiamento estatal

A partir de 1974, como já se disse, ocorreram importantes modificações institucionais no que, a partir de então com mais ênfase, convencionou-se chamar de área de "desenvolvimento social". Vários fatores contribuíram para a maior prioridade que passa a ser atribuída à questão social. Sem tentar esgotar o tema, pode-se considerar: a deterioração na distribuição de renda, comprovada por inúmeros estudos, tema de debate político e econômico nos anos anteriores e responsável pela piora nos níveis de mortalidade infantil, como demonstrado por Yunes e Ronchezel no trabalho já citado; a derrota eleitoral do governo nas eleições de 1974, obrigando os donos do poder a dar mais atenção às necessidades da população; a crise econômica patente deste 1973, que fazendo prever tempos ainda mais difíceis para a população de baixa renda, levou o governo a acionar mecanismos compensatórios; a proposição de conseguir o país numa "potência" internacional, incompatível com a permanência da "miséria absoluta". Ademais, as mudanças institucionais realizadas devem ser vistas como um passo a mais no reconhecimento formal da Previdência Social como o setor de maior importância, pelo menos financeira, da área do desenvolvimento social em geral e da atenção à saúde em particular.

O governo Geisel mostra sua nova forma de pensar as questões sociais de várias maneiras. Em primeiro lugar, como já vimos, voltando a dar ênfase à questão social em seu plano de governo, o II PND, que, a despeito de suas contradições, permite que sejam legitimadas as propostas e ações na área de desenvolvimento social feitas por diversos órgãos governamentais. Em segundo lugar, cria-se o Ministério da Previdência e Assistência Social, retirando-se

do Ministério do Trabalho estas atribuições. A criação deste Ministério é consequência natural das políticas sociais e de saúde seguidas principalmente após 1964 que enfatizam fortemente a Previdência Social como mecanismo de controle social, de recuperação e manutenção da força de trabalho, e de acumulação de capital no setor; sua criação, no que toca à questão da saúde, consolida a hegemonia da medicina previdenciária sobre a saúde pública, embora nos anos seguintes o Ministério da Saúde busque mostrar uma dinâmica nova - inclusive com aumentos substanciais em seus orçamentos.

Em terceiro lugar, cria-se o Conselho de Desenvolvimento Social, órgão interministerial - presidido pelo Presidente da República, secretariado pelo Ministro do Planejamento, e do qual participam os Ministros do Trabalho, da Educação e Cultura, da Saúde, da Previdência e Assistência Social e do Interior - e que tem por função orientar a formulação da política social e integrar as atividades dos Ministérios da área social. Sua criação significa o reconhecimento explícito da importância das questões sociais; mas reflete, ao mesmo tempo, a divisão conceitual entre o "econômico" e o "social", sua não integração, e portanto, a baixa eficiência da política social. Com efeito, pode-se perceber na prática deste Conselho que ele se volta mais para a questão da distribuição "indireta" da renda, da oferta de bens de consumo coletivo, do que para a busca da solução de base dos "problemas sociais". A criação do CDS deve ser vista também como uma tentativa de controlar as ações de órgãos governamentais relativamente autônomos e muito poderosos, tais como BNH e INPS.

Mas o que mais interessa neste item não são as transformações institucionais gerais e sim os novos mecanismos de financiamento ao setor saúde. Far-se-á aqui uma breve avaliação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS - e da Central de Medicamentos - CEME.

3.1 Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS

O FAS foi criado pela Lei nº 6.168 de 09/12/1974, por solicitação do CDS encaminhada ao Presidente da República, como instrumento de apoio financeiro aos programas e projetos de caráter social, devendo obedecer às prioridades da estratégia de desenvol-

vimento social do PND. Começou a operar no 2º semestre de 1975, e até 31/12/77 tinha liberado recursos no montante de aproximadamente Cr\$ 5,6 bilhões.

Sua administração e gerência ficaram sob a responsabilidade da Caixa Econômica Federal, constituindo seus recursos:

- a) a renda líquida das loterias esportivas e federal;
- b) recursos destacados dos orçamentos operacionais da CEF;
- c) recursos de dotações orçamentárias da União, estabelecidos anualmente, em montantes que guardem relação direta com as previsões de distribuição dos prêmios brutos das loterias, no respectivo exercício;
- d) outros recursos, de origem interna e externa, inclusive provenientes de repasses ou financiamentos.

Segundo determinação da lei que instituiu o FAS, os financiamentos são destinados preferencialmente a:

- a) Projetos de interesse do setor público, nas áreas de Saúde e Saneamento, Educação, Trabalho e Previdência e Assistência Social.
- b) Projetos de interesse do setor privado, nas áreas referidas acima.
- c) Programas de caráter social, para atendimento de pessoas físicas.

3.1.1 Mecanismos de Atuação

O FAS constitui uma estrutura administrativa subordinada diretamente ao Conselho de Desenvolvimento Social a quem remete, anualmente, um Plano de Aplicação de Recursos para aprovação. A nível operacional, o FAS é composto de duas instâncias decisórias principais.

A primeira é o Grupo Técnico Especial, composto por dois membros efetivos, com poder de voto: o representante da Caixa Econômica Federal e o representante do Ministério do Planejamento. Além destes, participam do GTE, opinando sobre suas áreas específicas, representantes dos cinco ministérios que integram o CDS.

O GTE tem basicamente duas funções: a primeira é elaborar, ouvindo os representantes ministeriais, um plano de aplicação

de recursos sob a forma de transferência, adequando o montante de recursos disponíveis aos vários projetos dos ministérios. A segunda função refere-se à Conta de Operações Financeiras do FAS - empréstimos a órgãos públicos ou empresas privadas mediante a apresentação de projetos de viabilidade. Neste caso também são ouvidos os representantes da área ministerial a que se refere o projeto, mesmo quando oriundo de particulares.

A segunda instância constitui-se numa assessoria especial da CEF, para onde são enviados os projetos aprovados a nível do GTE. Aplica-se aqui os crivos habituais sobre a parte legal, bancária e financeira do projeto.

3.1.2 Estrutura e Funcionamento

O FAS desempenha duas funções distintas. A primeira centralizar parte dos gastos a fundo perdido do governo federal nos Ministérios da área social, o que é feito através da Conta de Repasses e Transferências, ou Conta de Aplicações a Fundo Perdido. A segunda, financiar projetos públicos ou privados relativos às áreas daqueles mesmos ministérios, através da chamada Conta de Aplicações a Cargo da CEF. A origem dos recursos das duas contas, assim como seus mecanismos de aplicação, são diferentes e merecem análise separada.

a) Aplicações a Fundo Perdido

A conta de repasses e transferências é alimentada pelas rendas líquidas das Loterias Federal e Esportiva. Os repasses são também chamados de recursos vinculados, e são transferidos automaticamente aos Ministérios, que decidem sua aplicação nos seus diversos programas de gasto. As transferências, ou recursos não vinculados, são recursos entregues aos Ministérios contra a apresentação de projetos específicos.

A legislação de criação do FAS previa que, em 1975, o primeiro ano de funcionamento, 90% dos recursos desta Conta de Aplicações a Fundo Perdido seriam repassados aos ministérios, e os 10% restantes transferidos. Esta proporção deveria se modificar gradativamente, de modo que em 1979 repasses e transferências se beneficiassem, cada um, com 50% dos recursos. Entretanto, em 1977,

por pressão do MPDS, a desvinculação progressiva dos recursos foi suspensa e as percentagens congeladas em 70% para repasses e 30% para transferências. Observe-se ainda que, segundo determinação do CDS, a totalidade dos recursos de transferência para 1976, 1977 e 1978 está ligada, em cada Ministério, aos programas vinculados ao LE PRONAN - II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição.

b) Conta de Operações Financeiras

Esta conta abrange a maior parte dos recursos do FAS, a serem aplicados em projetos oriundos dos setores público e privado a custo financeiro subsidiado. Dada a origem dos recursos, o custo agregado do dinheiro do FAS situa-se em torno de 20% ao ano. Os financiamentos são concedidos com prazo de carência de três anos, e enquadrados em uma das seguintes faixas de custo:

Faixa 1 - Correção Monetária plena, mais 6% de juros ao ano.

Faixa 2 - 80% da CM, mais 6% de juros a.a.

Faixa 3 - 60% da CM, mais 6% de juros a.a.

Faixa 4 - 40% da CM, mais 6% de juros a.a.

Faixa 5 - 20% da CM, mais 6% de juros a.a.

Não existem, oficialmente, critérios estabelecidos para o enquadramento de projetos nas faixas de crédito. Contudo, a legislação oferece diretrizes gerais e a prática de enquadramento gerou, no interior do GTE, uma sistematização de critérios que tem caráter oficioso.

A primeira reunião do CDS que examinou a política do FAS, em 1975, estabeleceu os seguintes critérios gerais de prioridades para cessão de recursos, que serviriam de base para enquadramento:

- a) áreas periféricas ou deprimidas dos grandes centros urbanos;
- b) cidades com população inferior a 50 mil habitantes;
- c) zonas rurais;
- d) áreas de execução de grandes projetos de interesse governamental que, em breve espaço de tempo, possam atrair grandes contingentes populacionais (por ex., Itaipu e Caraguari).

Ao longo do primeiro ano de trabalho, o GTE decantou critérios mais próximos de enquadramento que discriminavam, em cada

área ministerial, o tipo de projeto a ser enquadrado em cada faixa. Foi inclusive estabelecido um corte público/privado para efeito de prioridade, reservando-se para os projetos do setor público as faixas mais subsidiadas (baseando-se no suposto, altamente provável de que em se tratando de projetos similares, os do setor público atingem populações mais carentes que as que são atendidas por empresas privadas com fins lucrativos).

Na legislação de criação do FAS consta também um parcelamento aproximado dos recursos entre os setores público e privado: cerca de 60% dos financiamentos deveriam ser concedidos ao setor público, 30% ao setor privado, e os 10% restantes ficariam reservados para "empréstimos de caráter pessoal para pessoas físicas". Esta última linha de crédito não foi implantada e sua parcela foi atribuída ao setor público, que responde assim por 70% dos financiamentos concedidos. Os recursos podem ser aplicados em qualquer tipo de gasto, seja de investimento, custeio ou manutenção, inclusive capacitação e treinamento de pessoal. Há inclusive casos de financiamentos requeridos para saldo de débitos bancários e saneamento financeiro de empresas privadas.

3.1.3 Desempenho Geral do FAS

A tabela a seguir mostra a composição relativa dos projetos apresentados, aprovados pelo GTE e pela CEF e finalmente contratados nas diversas áreas sociais. Revela a composição relativa em cada coluna, e pode-se observar que a maioria absoluta dos projetos localiza-se nas áreas de Educação e Saúde, que em todas as colunas somam mais de 90% do total.

Tabela 32

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

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

Fonte: Caixa Econômica Federal - FAS.

Como se vê, o FAS é fundamentalmente um fundo de financiamento à área de Educação, onde a maioria dos projetos apresentados são oriundos do setor público. Trabalho e Interior têm uma participação muito pequena; os projetos da primeira área referem-se basicamente a financiamentos a sindicatos, e mantêm aproximadamente a mesma proporção em ambas as instâncias decisórias; os da segunda referem-se basicamente a projetos de responsabilidade de pequenas prefeituras para saneamento básico e distribuição de água, que procuram o FAS como alternativa aos recursos do Plano Nacional de Saneamento - PLANASA - cujo custo financeiro é bem mais elevado. O grande número de desistências, mostrado pela diferença entre a primeira e a última colunas, pode se explicar tanto pelas demoras burocráticas na concessão de financiamento a municípios, como pelas dificuldades técnicas em apresentar o projeto definitivo à CEF.

Quanto às diferenças presentes nas colunas relativas à área de saúde, podem ser explicadas quando se leva em conta que a maioria de seus projetos referem-se ao setor privado. Segundo técnicos do FAS, os empresários muitas vezes se retraem, insatisfeitos com o enquadramento nas faixas de crédito ou com o custo de elaboração do projeto definitivo. Neste particular, e comparando-se com a área de Educação, pode-se afirmar que os projetos oriundos do setor público seriam mais "realistas", na medida em que os res-

ponsáveis pelos órgãos tomadores estariam melhor informados sobre as condições de financiamento.

Um ponto a merecer maior destaque é o que se refere ao financiamento do setor público e/ou privado, não apenas enquanto indicador das decisões de política do FAS, mas também por se tratar de uma questão relevante no debate das tendências das políticas sociais em geral.

Tabela 33

FAS - Propostas de Financiamento Aprovadas pela Diretoria da CEF.
Posição em 31.08.77
(em Cr\$ milhões)

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

Fonte: CEF/FAS.

A Tabela 33 mostra o movimento das propostas aprovadas pela CEF, ou seja, a forma final da política do FAS. Como se vê, na área de Educação, para onde se dirige a maior parte dos recursos, ocorre a predominância do setor público; já a segunda área mais importante em termos de recursos, Saúde, é predominantemente privada. É esta diferença que permite o cumprimento da proposta original do CDS, recomendando a alocação de 70% dos recursos ao setor público e 30% ao setor privado.

Outro ponto a merecer análise mais detalhada é o enquadramento nas diversas faixas de crédito, que vai definir o subsídio governamental e, em alguma medida, as prioridades efetivamente atribuídas. Quanto a isto, os dados obtidos referem-se ape-

nas à aprovação pelo GTE; embora o exame pela CEF não altere a faixa de crédito em que o projeto foi enquadrado, a não aprovação ou mesmo a desistência do proponente — fatores, que como se viu, chegam a alterar algumas distribuições importantes — podem afetar o resultado final. De qualquer forma, o dado tem consistência enquanto indicador de orientação de política.

Conforme já se disse, o custo médio dos recursos da Conta de Aplicações Financeiras do FAS é de cerca de 20%. Dado que a legislação que cria o FAS cita expressamente a necessidade de manutenção do valor real dos recursos incorporados ao Fundo e seu equilíbrio financeiro, em todas as áreas sociais a maioria dos projetos é enquadrada na Faixa III, que representa um custo contratual de 20,5% anuais. O grau de prioridade atribuído a cada área social pode ser medido pelo desvio em relação à moda, ou seja, pela distribuição dos projetos fora da faixa III.

Tabela 34

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

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

Fonte: GTE do FAS.

Na área de Educação, a distribuição é aproximadamente normal. Cerca de 15% dos projetos foram enquadrados acima da faixa II e quantidade semelhante abaixo. Na área de Saúde, um terço dos recursos se distribui entre as faixas IV e V, o que indicaria elevado grau de subsidiamento.

Trabalho e Interior não enquadram nenhum projeto na faixa I, o dinheiro mais caro do fundo, por orientação dos próprios Ministros de Estado; como consequência, cerca de 50% dos recursos se alocam nas faixas mais subsidiadas (IV e V). Considerando, porém, que o tamanho médio dos projetos nas áreas de Trabalho e Interior costuma ser pequeno, e que este fato alegadamente contribui em favor do subsidiamento, pode-se dizer com alguma margem de segurança que a área social mais subsidiada pelo GTE é exatamente a de Saúde.

3.1.4 Área de Saúde e Previdência Social

Pode-se ver que existe uma diferença qualitativa a separar a área de Saúde das demais áreas sociais do FAS. Fundamentalmente, o FAS como um todo - e a área de Educação em particular - está ligado a projetos do setor público, enquanto que na área de Saúde predomina a iniciativa privada.

Uma primeira consulta aos cadastros do FAS revela que a maioria dos projetos encaminhados na área de Saúde provém de clínicas e hospitais, particulares ou não, e que portanto a assistência médico-hospitalar conta com um volume significativo de recursos para financiamento na área do FAS. Pouquíssimos projetos poderiam ser considerados como de "assistência e previdência" - aqui a maior parte constitui-se de unidades de recuperação, fisioterapia, terapia da palavra etc., que inclusive podem ser consideradas, em sentido amplo, como projetos na área de saúde.

A Tabela 35 apresenta, por exercício, os recursos liberados pelo FAS até 31.12.77, no montante de Cr\$ 5.664.700,00. Destes, Cr\$ 1.328.593,00 destinaram-se à área de saúde e previdência, ou seja, aproximadamente 23%. A área mais beneficiada foi Educação, com aproximadamente 71% dos recursos.

Tabela 35

DEMONSTRATIVO DOS RECURSOS LIBERADOS POR EXERCÍCIO
 POSIÇÃO EM 31/12/77

Período	Liberações (Cr\$ 1 bilhão)		%	
	Saúde e Previdência	Total	Saúde e Previdência	Outras Áreas
1975	18.232	82.900	22	78
1976	365.604	1.661.200	22	78
1977	944.757	3.920.600	24	76

Fonte: Caixa Econômica Federal - Departamento Central de Controle do FAS.

A Tabela 36 mostra a evolução dos valores e quantidades de projetos envolvidos nos vários estágios de decisão do FAS. Pode-se ver que já na apresentação das cartas-consulta ao GTE se delineia a predominância do setor privado, com 71% dos projetos apresentados. Esta proporção cresce mais ainda no movimento das postas aprovadas pela CEF, quando chega a quase 80%.

A Tabela 37 apresenta a posição em 31.12.77: das postas encaminhadas ao FAS, 15% o foram pelo setor público e 85% pelo setor privado; entretanto, o tamanho médio dos projetos no primeiro setor é bem maior do que no segundo, já que, no que toca ao volume de recursos, cabem ao setor público 31%, e ao setor privado, 69%.

Tabela 36

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

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

Fonte: CEF/FAS.

1079

Tabela 37

POSIÇÃO ESPACIAL DAS FAMILIARES DO SUS
 ÁREA SOCIAL: SAÚDE E PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

Data: 31.12.77

em mil R\$

REGIÕES E UNIDADES DA FEDERAÇÃO	Setor Público		Setor Privado		Total		Relação Percentual	
	Quant.	Valor	Quant.	Valor	Quant.	Valor	Quant.	Valor
1. REGIÃO NORTE	11	379.703.000	33	507.610.007	44	887.313.007	2,18	4,14
- Acre	02	107.000.000	-	-	02	107.000.000		
- Amazonas	03	31.400.000	04	198.000.000	07	229.400.000		
- Pará	03	83.640.000	25	284.465.380	28	368.105.380		
- Territórios	03	157.663.000	04	25.144.627	07	182.807.627		
2. REGIÃO NORDESTE	107	1.704.296.586	225	1.902.471.861	332	3.606.698.453	24,02	16,83
- Alagoas	02	12.280.000	11	110.679.102	13	122.959.102		
- Bahia	04	1.110.472.000	33	270.852.290	37	1.331.324.290		
- Ceará	23	157.251.544	62	561.138.323	85	718.389.867		
- Maranhão	21	29.921.210	25	309.121.562	46	339.042.772		
- Paraíba	14	80.246.571	28	119.218.245	42	199.464.816		
- Pernambuco	23	226.940.261	43	410.425.168	66	637.365.429		
- Piauí	01	1.645.000	06	51.550.000	07	53.195.000		
- R. G. Norte	17	64.640.000	10	72.015.647	27	136.655.647		
- Sergipe	02	20.900.000	07	47.410.530	09	68.310.530		
3. REGIÃO SUDESTE	32	2.021.496.682	481	8.329.562.983	513	10.351.059.665	37,12	48,31
- Espírito Santo	03	17.614.769	15	164.990.792	18	182.605.561		
- Minas Gerais	07	136.178.650	141	1.660.475.974	148	1.796.654.624		
- Rio de Janeiro	05	271.741.019	74	1.462.139.685	79	1.733.880.704		
- São Paulo	17	1.595.962.244	251	5.041.956.532	268	6.637.918.776		
4. REGIÃO SUL	28	998.459.209	319	3.020.666.771	347	4.019.125.980	25,12	18,76
- Paraná	09	286.413.600	168	1.250.438.136	177	1.536.851.736		
- R. G. Sul	11	349.152.771	113	1.427.818.311	124	1.776.971.082		
- Santa Catarina	08	362.692.838	38	342.410.324	46	705.103.162		
5. REGIÃO CENTRO-OESTE	25	1.689.371.473	110	932.547.513	146	2.562.918.986	16,56	11,02
- Distrito Federal	05	1.457.698.000	23	232.164.653	28	1.689.862.653		
- Goiás	24	30.906.877	59	287.178.106	83	318.084.983		
- Mato Grosso	07	141.766.596	28	413.204.754	35	554.971.350		
TOTAL	214	6.734.326.950	1168	14.692.789.141	1382	21.427.116.091	100	100

Fonte: GTE do FAS.

1080

Quanto à distribuição dos projetos pelas faixas de crédito, pode-se ver pelas tabelas a seguir que o padrão de distribuição, em geral, é o mesmo encontrado para o FAS como um todo: a faixa III é a mais freqüente, na faixa I a participação das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste situa-se abaixo de 1%, enquanto que na faixa V, a mais subsidiada, é relativamente grande a participação das regiões Norte e Sudeste. É curioso notar que na região Centro-Oeste a faixa mais freqüente não é a III, contrariando a tendência geral, mas a IV.

Tabela 38

GTE do FAS - Propostas aprovadas, segundo faixas de crédito, por região. Área de Saúde e Previdência - Índices, posição em 30.09.77

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

Fonte: GTE do FAS

No que toca a distribuição por região fisiográfica, pode-se ver pela Tabela 40 que a maioria dos projetos são provenientes da região Sudeste, vindo em segundo lugar a região Sul e em terceiro o Nordeste, bem à frente das regiões Norte e Centro-Oeste. No processo de seleção mantém a liderança do Sudeste; os projetos aprovados do Nordeste e Centro-Oeste chegam a ultrapassar em valor as propostas da região Sul.

Tabela 39

FAS - Área de Saúde - Evolução dos Projetos, por Região. Posição em 31.08.77

Região	GTE				CEF			
	Apresentadas nº	valor	Aprovadas nº	valor	Aprovadas nº	valor	Contradadas nº	valor
Norte	42	864,4	22	512,5	4	73,4	3	53,4
Nordeste	303	2.809,8	208	2.330,0	46	825,2	26	653,0
Sudeste	458	8.951,2	314	5.830,2	95	1.376,4	74	964,0
Sul	319	3.221,5	239	2.451,1	61	412,8	46	309,9
Centro-Oeste	136	2.432,8	82	2.199,2	25	480,4	21	467,4

Fonte: CEF-FAS.

Tabela 39

1082

Quanto ao número de leitos contratados pelo FAS, os dados demonstram concentração de leitos nas regiões mais ricas do país, onde o número de leitos existentes, em muitos municípios, ultrapassam as necessidades. Constata-se assim que os incentivos do FAS não estão alterando de modo significativo a estrutura da distribuição regional dos leitos hospitalares, homogeneizando-a segundo as necessidades regionais. Vale dizer, aqui também se patenteia o domínio da lógica capitalista, que, naturalmente, tende a preferir como local de investimento as regiões mais ricas, e não as socialmente mais necessitadas (Tabela 40).

Assim, cerca de 47% dos leitos criados localizam-se na região Sudeste, correspondendo a 50,1% do montante de recursos empenhados.

Este procedimento, ademais, agrava a tendência ao reforço do atendimento hospitalar em detrimento do ambulatorial. De fato, os contratos efetivados pelo FAS apenas confirmam, segundo as informações disponíveis, a composição das propostas de financiamento que lhe são apresentadas: 73,8% pretendendo a instalação de leitos hospitalares, 4,9% referentes a Unidades de Saúde, 0,8% a Pronto Socorro e 20,5% a Outros Serviços (Tabela 41).

(Estes dados correspondem a uma amostra de propostas dirigidas ao FAS e que foram analisadas pelo Grupo de Trabalho do Plano de Localização de Unidades Sanitárias - PLUS/INPS - a partir de outubro de 1977 (31). Pode-se ainda ver que a capacidade hospitalar criada é caracterizada por seu tamanho médio (51 a 150 leitos) quando de propriedade privada e de porte pequeno (até 50 leitos) quando de propriedade pública).

Confirma-se aqui também o peso dos hospitais privados lucrativos, que constituem 62% das propostas referentes à instalação de leitos.

Tabela 40

Projetos FAS contratados pelo SUS
em Saúde e Assistência Social

REGIÃO	Nº DE Projetos	Nº de Leitos	Valor Cr\$	TOTAL POR REGIÃO		
				de projetos	de leitos	Valor Cr\$
REGIÃO NORTE						
Acre	1	177	40.000.000,00			
Pará	1	16	3.400.000,00	2	193	43.400.000,00
REGIÃO NORDESTE						
Maranhão	1	158	29.755.000,00			
Piauí	2	150	11.645.000,00			
Ceará	9	868	121.173.468,00			
Rio Grande do Norte	2	175	31.393.468,00			
Paraíba	4	675	56.843.125,70			
Pernambuco	13	1058	244.753.230,00			
Alagoas	1	280	43.365.620,00			
Sergipe	3	271	30.116.000,00			
Bahia	6	1685	492.174.468,00	41	5320	1.029.825.911,70
REGIÃO CENTRO-OESTE						
Mato Grosso	6	947	167.026.795,00			
Goiás	9	453	53.832.702,23			
Distrito Federal	8	782	274.038.019,80	23	2182	494.867.517,03
REGIÃO SUDESTE						
Minas Gerais	22	1182	152.976.774,95			
Espírito Santo	1	95	26.393.468,00			
Rio de Janeiro	18	2226	750.744.694,58			
São Paulo	53	8843	1.438.061.382,53	94	12346	2.368.176.320,06
REGIÃO SUL						
Paraná	30	2338	345.418.363,42			
Santa Catarina	8	31	100.710.600,00			
Rio Grande do Sul	24	2920	343.875.004,28	62	6511	790.007.967,70
TOTAL		GERAL		222	26552	4.726.277.716,49

Fonte: PLUS/INPS

unidade espesa

1084

184

Em conclusão às observações acima expostas, pode-se afirmar que na área de saúde o FAS é fundamentalmente um fundo de financiamento à iniciativa privada, em perfeita consonância com a política governamental no setor, principalmente a partir do Plano de Pronta Ação, que consagrou como objetivo a universalização da assistência médica a toda a população tendo como fronteira de expansão não os hospitais oficiais, mas a rede privada.

Com o FAS, fecha-se o ciclo do apoio financeiro governamental ao setor privado de assistência à saúde: com os recursos das contribuições à previdência, paga-se a parte mais substancial do custeio dos serviços de saúde; estes recursos, entretanto, não podem ser usados para financiar a expansão da oferta ou a modernização e melhoria do padrão tecnológico das unidades privadas. Definindo-se, como se fez, a prioridade do atendimento via rede privada de saúde, estava posta a necessidade de mobilizar financiamentos para investimento. É claro que se poderia apelar para os mecanismos já existentes de financiamento ao capital; entretanto, a carga "política" que assume a questão da saúde, adicionada à força dos interesses empresariais específicos levou a que o FAS, na área de saúde, tivesse uma função e comportamento oposto às demais áreas, no que se refere ao corte público/privado dos tomadores dos empréstimos. As ótimas condições de seus empréstimos, e a garantia, pelo atual INAMPS, do pagamento dos serviços produzidos, fazem da atenção à saúde um negócio altamente rentável.

Além disso a política do FAS não tem contribuído para uma distribuição regionalmente equilibrada das unidades médico-sanitárias, agravando o quadro de sobrecapacidade em algumas áreas e carência em outras.

Tabela 41
Distribuição das Propostas de Financiamento
segundo tipo de empreendimento e por setor

TIPO DE PROPOSTAS	SETOR			TOTAL
	PRIVADO COM FINS LUCRATIVOS	FILANTRÓPICO	PÚBLICO	
Até 50 leitos	65	13	21	99
51 - 150 leitos	134	54	12	200
151 - 250 leitos	79	40	6	125
251 - 500 leitos	25	26	6	57
Mais de 500 leitos	4	5	4	13
Unidade de saúde	1	1	31	33
Pronto Socorro	1	-	4	5
Outros Serviços	57	57	24	137
TOTAL	366	196	108	670

Obs.: Por insuficiência de dados, 33 propostas não puderam ser classificadas segundo a discriminação acima.

Fonte: PLUS/INPS.

3.2 CEME - A política governamental para medicamentos

O objetivo desta seção é apresentar uma rápida descrição e análise dos instrumentos de que o governo vem se utilizando para tratar da importante questão da oferta de medicamentos. Não se cuidará aqui do problema do controle oficial do consumo.

Para 1977, o número de participantes do mercado consumidor de medicamentos foi estimado em 40 milhões de brasileiros (32). Em 1975 o consumo per capita no país segundo a mesma fonte, era de US\$ 47, o que situava o Brasil no 179 lugar entre os maiores consumidores. Considerando-se que estes dados referem-se a menos de 40% da população brasileira, percebe-se o grande potencial de expansão do mercado, bloqueado fundamentalmente pelo baixo nível de renda e pela dificuldade de acesso à atenção médica.

Este segundo problema se vem tentando resolver de duas formas: pela busca da universalização da cobertura de medicina previdenciária e, onde ela não se pode dar, pela implantação de unidades de atendimento simplificado.

O primeiro problema, de solução evidentemente mais difícil, tem sido contornado através dos programas oficiais de distribuição gratuita de medicamentos, desenvolvidos pela CEME.

É fácil compreender que existe uma proximidade bastante grande entre as preocupações oficiais de ampliação do acesso da população brasileira aos serviços de saúde e os interesses da indústria farmacêutica em ampliar o mercado consumidor. As críticas a este tipo de atenção médica serão esboçadas no próximo capítulo; aqui serão apresentadas desde logo algumas informações sobre a indústria farmacêutica brasileira.

Pelos dados dos Censos e Pesquisas Industriais do IBGE é possível verificar o comportamento daquela indústria entre 1959 e 1970. O valor de sua produção cresceu 145%, taxa superior ao conjunto da Indústria de Transformação, que se expandiu em 139%. A produtividade (valor da transformação industrial/pessoal ligado à produção) se expandiu em 92,8% no período. A relação lucro/salários cresceu 26%. Passou a oferecer um volume de emprego superior em 13,8%. Ademais desse dinamismo, revelou ótimas condições de lucratividade, pois considerando-se o total de estabelecimentos, foi o

setor industrial de mais alta taxa de lucro (lucro líquido/capital) de toda a indústria de transformação: 2,21. A taxa de lucro, considerados os quatro maiores estabelecimentos, é superada apenas pelos ramos de Perfumaria e Fumo. Por fim, registre-se que os medicamentos passaram no período a ocupar melhor posição hierárquica na estrutura nacional de consumo: enquanto em 1959 ocupavam o 5º lugar entre os bens de consumo não-duráveis, superados por alimentos, têxteis, calçados, vestuário e bebidas, em 1970 passaram a ocupar o 4º lugar, superando este último setor.

"Em 1973 o sistema industrial farmacêutico contava com 529 empresas legalmente reconhecidas, das quais 460 eram nacionais e 69 pertenciam a grupos estrangeiros. (...) Embora 98% dos medicamentos fossem industrializados no país, o eram, em geral, a partir de manipulações simples, acondicionamentos e embalagens. (...) 50% dos fármacos, princípios ativos dos medicamentos, obtidos por extração, síntese ou fermentação são importados. (...) 90% das drogas lançadas no mercado decorreram de pesquisas realizadas no exterior pelas matrizes das grandes empresas multinacionais. (...) A tendência oligopolítica do setor e o alto grau de dependência externa é dominante, o que se reflete no tamanho e no faturamento das empresas. Em 1973, as empresas de grande porte (faturamento anual acima de 15 milhões de cruzeiros) eram em sua maioria estrangeiras (66%) (33).

Conclui que é crescente a tendência à desnacionalização, que a concentração é acentuada, e que a dependência externa da matéria prima coloca a questão em termos de segurança nacional.

Embora se possa fazer algumas qualificações às proposições acima, com elas se pode ter uma idéia geral da indústria, cujo comportamento é definido e simultaneamente definidor dos desenvolvimentos das formas de atenção à saúde como um todo e, mais especificamente, sofrerá fortemente a influência dos caminhos tomados pela política nacional de saúde.

É para agir sobre o quadro acima descrito que é criada a CEB - Central de Medicamentos - pelo Decreto nº 68.306 de 25.06.71, vinculada de início diretamente à Presidência da República, o que se justificava pela complexa ação inter-institucional que deveria desempenhar. Só em 1973 é formalizado seu Plano Diretor de Medicamentos, que tinha como diretrizes:

"(...) encorajar o desenvolvimento da livre iniciativa genuinamente nacional, incentivar no país os processos de transferência e aquisição de tecnologia, aumentar a diversificação da oferta oficial de medicamentos, dotar o país de um serviço de vigilância farmacológica eficiente e estabelecer condições para o desenvolvimento da indústria farmacêutica genuinamente brasileira em todas as fases, desde a obtenção da matéria prima até o produto final, tudo com o objetivo de não privar da proteção do Estado alguma faixa da população brasileira".

Distinguem-se aí dois objetivos na ação da CEME: a questão da produção dos medicamentos, ao lado de sua distribuição.

Quanto à produção, a CEME deveria agir sobre dois campos. O primeiro era constituído pelos laboratórios governamentais, que deveriam ser modernizados e racionalizados, capacitando-se melhor através da utilização de tecnologia e dirigindo a produção para medicamentos prioritários, definidos numa Relação dos Medicamentos Básicos por ela mesma elaborada. O segundo campo era a "livre iniciativa genuinamente nacional", que seria apoiada não apenas através da aquisição de seus produtos, como principalmente através do apoio ao desenvolvimento tecnológico, que se faria através da identificação das matérias primas a serem produzidas prioritariamente no país, a realização de projetos de pesquisa e transferência de tecnologia e incentivo à produção.

Quanto à comercialização e distribuição, a CEME deveria agir sobre os órgãos controladores de preços e se propunha a tomar uma série de medidas visando o barateamento do produto. Ao mesmo tempo, deveria atuar junto às instituições de prestação de assistência à saúde objetivando a distribuição gratuita de medicamentos aos grupos populacionais mais vulneráveis e carentes.

Se o programa de distribuição da CEME encontrava apoio por parte da indústria como um todo — já que significava uma ampliação do mercado consumidor — o mesmo não se pode dizer do seu programa de produção; num setor dominado pelas empresas multinacionais, propostas de "encorajar o livre desenvolvimento da empresa nacional" e "aumentar a diversificação da oferta oficial de medicamentos" não podiam ser bem recebidas. Como seria politicamente contraproducente para as empresas multinacionais — principalmente

representadas pela IBIFARMA (Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica) - clamarem contra o apoio à empresa nacional, a campanha desenvolvida teve como tônica a "estatização", distorcendo e exagerando as dimensões do programa de apoio aos laboratórios oficiais. A ação da CEME é alcunhada de "estatizante".

Foi em torno deste eixo que se desenvolveram as interpretações e análises do comportamento da CEME enquanto instituição. Isto fica claro, principalmente, nas avaliações do significado da reestruturação da CEME, quando, através do Decreto nº 75.935, de ... 17.07.75, ela passa à condição de órgão autônomo do Ministério da Previdência e Assistência Social, diretamente subordinado ao Ministro, transferindo-se, ademais, seu programa de apoio ao desenvolvimento tecnológico para a órbita da Secretaria de Tecnologia Industrial do Ministério da Indústria e Comércio. Tal mudança significou uma diminuição do poder da CEME, reduzindo sua capacidade gerencial de articulação e coordenação inter-ministerial; e significou também, mais um passo no fortalecimento da posição do MPAS no setor saúde. Os efeitos concretos de tal mudança poderão ser melhor vistos analisando-se o comportamento de cada programa da CEME.

3.2.1 Programa de Produção

A CEME é uma agência normativa e de coordenação, não dispendo de produção própria no sentido estrito do termo. Adquire medicamentos e vacinas aos laboratórios do governo ou associados e à iniciativa privada, nacional ou estrangeira. Passaremos a nos referir a sistema "oficial" tendo em mente as diversas instituições estatais e para-estatais conveniadas com a CEME, em contraposição ao sistema "privado". Este programa tem se comportado da seguinte maneira:

Tabela 42

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

ÁREAS DE FORNECIMENTO	1973		1974		1975		1976		Incremento	
	valor	%	valor	%	valor	%	valor	%	73/76	%
Oficial	45,9	61	94,0	49	184,6	64	273,4	76	495	
Particular	23,3	31	50,9	27	56,6	20	72,0	21	209	
Externa	5,9	8	45,2	24	46,4	16	9,7	3	64	
TOTAL	75,1	100	190,1	100	287,8	100	355,1	100	367	

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

Na área oficial, em 1976, cerca de 87% do valor da produção provinham dos seguintes laboratórios: Instituto Vital Brasil, Fundação do Remédio Popular de São Paulo, Laboratório Químico e Farmacêutico do Exército, Laboratório Farmacêutico da Marinha, Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco, Fundação Ezequiel Dias, Indústrias Químicas do Estado de Goiás.

Na área privada, ainda segundo o Relatório CEME 76, os seguintes laboratórios foram responsáveis por 77% do total adquirido: Pfizer Química Ltda., Neomed S/A, Fontoura Wieth S/A, Cianamid Química do Brasil S/A, Novaquímica Laboratórios S/A, Majer Meyer S/A, Quimicanorte S/A. Destes, a Pfizer, a Fontoura Wieth e a Cianamid são de capital estrangeiro.

As importações de 1976 provieram em sua totalidade dos laboratórios Evans Medical, Recherches et Industrie Therapeutiques e Medexport.

Os principais produtos adquiridos em ordem de importância são antibióticos, vitamínicos, tuberculostáticos, imunoterápicos, antitussígenos e expectorantes, anti-diarreicos, anti-anêmicos e anti-helmínticos.

Note-se que o volume de produção da área oficial cresce todo o tempo, em termos absolutos. A sua importância percentual

ai em 1974, mas logo torna a se recuperar. Esta inflexão é atribuída pela CEME ao grande salto verificado no montante de importações, explicado pelo início do Programa Nacional de Imunização e pelo surto epidêmico de meningite, verificado naquele ano. Adquiriu-se no exterior principalmente as vacinas anti-pólio, anti-sarampo e anti-meningocócica, ainda não fabricadas no Brasil. (A partir de 1979, o Instituto Butantã de São Paulo passará a fabricar as vacinas anti-pólio e anti-sarampo, já como resultado dos programas de modernização e aparelhamento implementados pela CEME e que serão referidos mais adiante). A partir de 1976 a diminuição da demanda por importações destas vacinas, ligada ao incentivo da produção nacional, explica a diminuição de parcela importada, em termos absolutos e percentuais.

O volume de compras à indústria privada vem subindo, em termos absolutos, ainda que as taxas inferiores que o volume da produção "própria", ou mesmo da produção total.

O Relatório CEME 1976 (p. 15), esclarece que:

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

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

Para compreender melhor a expansão da produção própria do sistema oficial e a essência da "contradição" público x privado, convém observar o movimento de inversões na produção de medicamentos por parte do Estado, incluídas nas contas da CEME sob o nome de Programas de Modernização.

3.2.2 Programa de Modernização

Este programa inclui despesas para modernização de laboratórios oficiais produtores de medicamentos, de unidades locais de distribuição (almoxarifados) e de unidades de vigilância farmacológica.

Tabela 43

CEME - Evolução dos Recursos dispensados aos programas de modernização: 1974 - 1977
(em Cr\$ 1.000,00)

	1974	1975	1976	1977 (est.)
Modernização de Laboratórios Oficiais de Produção	5 038	3 059	10 623	5 500
Modernização dos Almoxarifados (distribuição)	483	2 215	2 700	-
Modernização das Unidades de Vigilância	-	1 897	-	-
TOTAL	5 521	7 171	13 323	-

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

Os recursos destinados ao programa de modernização não demonstraram entre 1974 e 1977 um comportamento firme capaz de revelar inexorável expansão da capacidade produtiva, ganhos de mercado, estatização, enfim: os investimentos caem de 1974 para 1975, sobem em 1976 e voltam a cair em 1977. Assim, apesar da modernização por que passou a rede oficial produtora de medicamentos desde a criação da CEME, não é possível identificar uma política concreta de investimentos objetivando fazê-la competir com o capital pri-

vado por maiores fatias do mercado. O volume de investimentos não permite dizer que a rede oficial acompanharia o crescimento da demanda.

No entanto, o movimento de modernização dos laboratórios oficiais serviu como motivo para que a sempre presente grita ideológica contra a estatização se manifestasse em 1974 também no setor farmacêutico e que a subordinação da CEME, a partir de 75, ao MPAS fosse a resposta do Estado às ansiedades empresariais. Mas, se não nos deixarmos enganar por esse embate ideológico, pode-se ver aquela instituição como mais uma que, acusada de estatizante, tem, na verdade, operado como articuladora dos interesses capitalistas.

As informações de 1974 listam 22 laboratórios oficiais produzindo no sistema CEME; em 1976 este número está reduzido para 20. Segundo técnicos da CEME, a tendência é diminuir o número de laboratórios oficiais integrantes do sistema para cerca de 16, mantendo apenas "os melhores", entendidos como os mais capacitados para produzir medicamentos de qualidade e os mais modernos em termos organizacionais.

Os gastos com modernização dos laboratórios oficiais, segundo as informações recolhidas, tiveram por objetivo ampliar a produtividade e reduzir os custos de produção (principalmente através da substituição de equipamento obsoleto). Não existe referência explícita, nem tampouco tendência identificada no sentido de uma ampliação significativa das instalações ou de uma expansão rápida da capacidade produtiva da rede oficial passíveis de acompanhar o crescimento da demanda. Embora não se tenha conseguido identificar a natureza dos gastos nos laboratórios oficiais, que seria o indicador mais sólido, o único caso em que foi identificada a ocorrência de um claro movimento de ampliação foi o dos fermentadores adquiridos para a produção de vacinas anti-pólio e anti-sarampo por parte do Instituto Vital Brasil, no Estado do Rio de Janeiro.

Em resumo, os gastos com modernização de laboratórios oficiais não se apresentam de forma a configurar um movimento definido no sentido da ampliação do programa próprio de produção na mesma escala observada no programa de distribuição. Isto é confirmado pelos dados sobre gastos em modernização de laboratórios oficiais, onde se alternam aumentos e decréscimos nas verbas destina-

das. Informações colhidas junto à própria CEME revelam que estas verbas serão cortadas a partir de 1979, quando o programa de modernização das unidades oficiais de produção será dado por terminado.

Quanto aos gastos com modernização e ampliação das unidades de distribuição de medicamentos (almoxarifados), a tendência é bastante clara. Os gastos se expandem em 350% de 74 para 75 e mantêm uma leve tendência altista (22%) para 1976, sempre em termos nominais. Esta tendência é ademais evidenciada pela existência de um programa de expansão da distribuição, iniciado em 1974 e completado em 1977. Segundo este novo ordenamento, as unidades locais passam a não mais receber os medicamentos das Secretarias Estaduais de Saúde, segundo as disponibilidades de seus estoques, mas sim diretamente das unidades produtoras, segundo uma programação prévia. Na medida em que o sistema vai sendo implementado nos vários Estados, aumentam os gastos com modernização dos almoxarifados de forma a adaptá-los às novas funções. Este apoio às unidades de distribuição está, evidentemente, ligado à importância crescente do programa de distribuição de medicamentos.

3.2.3 Programa de Distribuição

A definição deste programa, já apresentado no Plano Diretor, estabelece como objetivo atingir as populações de baixo poder aquisitivo que constituem "a clientela habitual dos serviços governamentais de saúde". Assim, desde sua constituição a CEME deveria funcionar como agência de apoio à política de extensão da assistência médica do governo, distribuindo medicamentos através do INPS, IPASE, FUNRURAL, LER e Secretarias Estaduais de Saúde.

O sentido de "prioridade" é dado por dois fatores: o primeiro caracteriza os beneficiários mais carentes, ou seja, menores de 5 anos de idade, gestantes, nutrizes e populações carentes em geral. O segundo descreve os programas governamentais na área de saúde que dispõem de prioridade na distribuição de medicamentos. São eles:

- Programas Nacionais de Imunização contra Tuberculose, Sarampo, Poliomielite, Meningite, Coqueluche, Tétano, Difteria, Varíola.

- Programas Nacionais de Controle da Tuberculose, Hanseníase, Esquistossomose, Chagas, outras Endemias Rurais, Doenças Mentais e Câncer.
- Programa Nacional de Profilaxia e Tratamento da Raiva.
- Programa de Assistência Médica Previdenciária.
- Programa de Controle de Calamidades Públicas e de Emergências Epidemiológicas.

A CEME, em sua trajetória concreta, esteve articulada ao hospital tanto no setor industrial como nos serviços de saúde. Em 1974 o Relatório CEME deixava bem claro que:

"... em termos institucionais, o atendimento ao FUNRURAL, INPS e IPASE fica restrito, inicialmente, aos serviços próprios e àqueles de outras instituições governamentais, beneficentes e sindicais credenciadas"

Ficava excluída a princípio a rede hospitalar privada. Mas a partir de 1975, com a transferência da CEME para a área do IPAS, ficou determinada a extensão das atividades de fornecimento de medicamentos a toda a rede pública ou privada credenciada.

Em pouco tempo a CEME estendeu suas atividades a grande parte do território nacional, no rastro da assistência médica governamental.

Tabela 44

CEME - Evolução da Cobertura da Distribuição de Medicamentos.
Percentual dos municípios atendidos em cada região. (1972-76).

ANO	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	C. Oeste	Brasil
1972	57	65	8	-	52	31
1973	59	72	30	57	59	53
1974	73	85	33	78	71	64
1975	94	91	36	96	76	71
1976	100	95	59	98	77	82

Fonte: Relatório CEME 76.

É interessante notar que o percentual reduzido de municípios atendidos na região Sudeste se deve ao fato de que o Estado de São Paulo não está beneficiado pela distribuição de medicamentos. Note-se ainda que estes são os municípios regularmente atendidos pela CEME. Não estão portanto computados nem os programas extraordinários nem a distribuição de vacinas. Neste caso, a quase totalidade dos municípios brasileiros estaria atendida.

Na área das Secretarias de Saúde, que recebem medicamentos segundo os programas prioritários estabelecidos a nível ministerial, e segundo as destinações ordinárias da CEME, as aquisições em geral excedem as quotas estabelecidas pela CEME, o que implica em compras adicionais à indústria farmacêutica. Estas, contudo, são feitas também através da CEME, com recursos fornecidos pelas Secretarias. Desta forma, o volume total de compras efetuadas pela CEME excedem os números da Tabela 45, estando mais próximos do que seriam as compras globais efetuadas pelo poder público à indústria farmacêutica privada. A estimativa deste dado, contudo, é bastante difícil, e continuaremos trabalhando com o volume de compras realizadas com recursos próprios da CEME.

O atendimento internacional a que se refere a Tabela 45 foi realizado através de convênios firmados com vários países que mantêm tratado de cooperação com o Brasil. Em 1976 os países beneficiados foram Cabo Verde, Angola, Paraguai, Guatemala, Uruguai e Bolívia.

Tabela 45

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

Órgão distribuidor	%
Secretarias Estaduais de Saúde	47,74
INPS	39,15
FUNRURAL	4,77
Diretoria de Saúde da Aeronáutica	0,06
Diretoria de Saúde do Exército	0,27
Diretoria de Saúde da Marinha	0,60
Atendimento Internacional	1,41
Atendimento indireto aos órgãos do Ministério da Saúde.	4,38
Binacional de Itaipu	0,02
Grupo Hospitalar N.S. Conceição (RS)	1,62
TOTAL (Cr\$ 352.126.612.00)	100,00

Fonte: Relatório CEME, 1976, p. 31.

3.2.4 Programa de Pesquisa e Desenvolvimento

O objetivo deste programa é a obtenção de processos farmacológicos próprios, de matérias primas, processamento de matérias farmacêuticas tropicais etc., a partir de uma série de prioridades estabelecidas pelo Plano Diretor.

Até agora o programa de pesquisa e desenvolvimento foi implementado principalmente a partir de convênios firmados com instituições militares ou universitárias. A idéia da CEME, contudo, é integrar a pesquisa ao processo de produção industrial, o que se espera fazer, segundo o Relatório CEME/1976, atraindo a empresa privada para a área de pesquisa. Algumas tentativas já foram feitas, envolvendo a CEME e a Secretaria de Tecnologia Industrial do MIC; entretanto, a pesquisa pura ou aplicada continua sendo um campo estranho à iniciativa privada nacional, acostumada a adquirir tecnologia no exterior a custos e riscos reduzidos.

Este ponto poderá ficar mais claro quando se tratar das relações industriais da CEME. Em termos de dispêndio, o Programa de Pesquisa e Desenvolvimento evolui da seguinte maneira:

Tabela 46

CEME - Evolução do valor dos financiamentos concedidos por convênio para projetos de pesquisa e desenvolvimento. 1973/1976.
(Em Cr\$ 1.000,00)

ANOS	RECURSOS LIBERADOS
1973	3 274
1974	11 198
1975	14 036
1976	10 441

Fonte: CEME - Relatórios 74 e 76

3.2.5 Relações Industriais

A CEME, no Plano Diretor de 1973 e no Relatório de Atividades de 1974, identifica basicamente dois problemas estreitamente ligados, na estrutura industrial farmacêutica nacional. Por um lado, dependência de importações do exterior, particularmente de matérias primas (75% do total). Por outro, o movimento persistente de desnacionalização do setor, que já teve 50 empresas adquiridas por capital estrangeiro nos últimos 15 anos. Esta desnacionalização afeta a estrutura do setor, seu mecanismo de concorrência, o custo social que ele representa. As conseqüências mais desastrosas, ainda segundo a CEME, poderiam ser listadas como se segue:

- gastos excessivos com licenças e patentes, a refletir a dependência do exterior em relação a tecnologia empregada;
- despesas com assistência técnica do exterior, num processo de produção que já foi praticamente desenvolvido, do ponto de vista tecnológico, há vários anos;
- grandes volumes de remessas de lucros para o exterior;
- manutenção de uma estrutura competitiva desigual e oligopólica, que reserva para as empresas nacionais um posto secundário.

Frente a este diagnóstico, a CEME definiu uma política industrial no Plano Diretor de 1973, que propunha as seguintes medidas genéricas:

- controle governamental dos investimentos estrangeiros substitutivos do nacional;
- definição de relação de medicamentos de elaboração tecnológica pouco refinada, visando identificar áreas especiais de crescimento da pequena e média empresa;
- desenvolvimento de estudos visando a eliminação de práticas oligopolistas na oferta de matérias primas, exercidas com base nos instrumentos oficiais disponíveis de proteção tributária;
- estabelecimento de mecanismos de preferenciabilidade na concessão de créditos públicos e na execução das políticas de incentivo à modernização e desenvolvimento industrial;

- estabelecimento de mecanismos de apoio ao desenvolvimento do sistema integrado de indústria de transformação farmacêutica;
- aquisição de matérias primas químico-farmacêuticas necessárias à elaboração dos produtos constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (34).

Outras medidas de política não explicitadas foram identificadas por muitos analistas (não sem controvérsia) pelo menos nos primeiros anos de atividade do sistema CEME, principalmente a participação dos laboratórios oficiais enquanto fonte de expansão do programa de produção. Como vimos, esta tendência se manifestou nos dados empíricos, na medida em que sustentava a parcela de produção própria na conta geral de produção do sistema. Mas também observou-se que se pode dar outra interpretação a estes dados: como uma de suas primeiras tarefas, a CEME se dispôs a recuperar, modernizar e tornar mais eficiente a rede existente de laboratórios oficiais, sem contudo se preocupar em dotar esta rede de condições de acompanhar a expansão da demanda do sistema, cujas taxas previstas desde o início, eram altas; segundo esta interpretação, o aparente privilegiamento dos laboratórios oficiais foi apenas subproduto de uma política industrial cuja viga central, desde o início, era a articulação com a indústria privada nacional.

Surtem assim, como as medidas mais consistentes de política, a concessão de crédito subsidiado e diferenciações para a iniciativa privada, que ademais parece estar presente em quase todas as áreas da política industrial do governo. O Relatório CEME 1974 definia a política do governo para o setor como a de "atrair o interesse dos empresários progressistas" através da concessão de "apoio preferencial à empresa genuinamente nacional".

O papel da CEME nesta política não é o de conceder financiamentos diretos, tarefa que foi transferida em 1975 para a Secretaria de Tecnologia Industrial do Ministério da Indústria e Comércio. Restou para a CEME a estratégica tarefa de "assessoramento aos órgãos mentores da política industrial, na concessão de prioridades" (35). Um exemplo típico destas atividades é o convênio firmado com o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico, constituindo reserva de recursos para o financiamento de projetos industriais recomendados pela CEME. O cronograma de desembolso do con-

vênio prevê gastos da ordem de 800 milhões de cruzeiros entre 1977 e 1979, com o objetivo de:

- a) produzir matérias primas prioritárias para a indústria farmacêutica;
- b) financiar o desenvolvimento de pesquisa científica e tecnológica, de preferência realizada no âmbito da própria empresa privada produtora;
- c) financiar a expansão e o desenvolvimento da empresa privada nacional no ramo.

Reafirmando os objetivos de política descritos, exige-se nesta linha de financiamento que os grupos empresariais envolvidos tenham participação majoritária de capitais nacionais, "caso contrário tem-se recomendado a presença do BNDE na composição acionária da empresa, através da FIBASE" (36).

Durante o ano de 1974, a CEME realizou contatos com representantes de diversos laboratórios nacionais e estrangeiros procurando atraí-los para projetos de fabricação de algumas matérias primas prioritárias constantes da Relação de Medicamentos Básicos, e que portanto têm demanda garantida pela própria CEME. Os projetos, a serem financiados pelo convênio CEME/BNDE, interessaram aos seguintes laboratórios: B. Herzog, Neomed, Cibran, Astra, Sintofama, Laboratil, Biosintética, Quimicanorte, Brasvacin, Lorenzini, Sinterbrás e Biobrás. Observem-se que mesmo antes de sua incorporação ao MPAS a CEME vai se articulando não só com empresas nacionais como também internacionais, em sua política de produção e distribuição de medicamentos.

No mesmo ano, a CEME entrou em contato com vários laboratórios para projetos de produção de antibióticos, quimioterápicos e enzimas. No final do ano os laboratórios Cibran, Sinterbrás e Biobrás já tinham prontos projetos industriais a serem apresentados ao CDI para concessão de incentivos, sob prévia recomendação da CEME. Ainda neste ano de 1974, "grupos de empresários nacionais de São Paulo iniciaram entendimentos, com orientação da CEME, para a constituição de uma empresa associada visando à fabricação de matérias-primas farmacêuticas prioritárias e ao desenvolvimento de pesquisa aplicada no setor" Finalmente, a CEME patrocinou, em 1975, uma "joint-venture" entre um grupo nacional (Companhia Br

sileira de Antibióticos - CIBRAN) e um importante grupo do mercado internacional (CIPAN) para a produção de antibióticos. A empresa resultante conta com o apoio do BNDE e já está produzindo medicamentos com demanda garantida pela própria CEME.

3.2.6 Conclusões

A Tabela 47, a seguir, mostra-nos a composição dos recursos de que dispõe a CEME para a realização de seus programas. Percebe-se aí dois períodos. Até 1975, o essencial dos recursos eram fornecidos fundamentalmente pela União; daquele ano em diante diminuiu a participação desta, que em 1977 era de apenas 28,2%. Ao mesmo tempo, de 1975 em diante acentua-se o crescimento da participação do INPS e FUNRURAL, como contrapartida financeira aos medicamentos adquiridos pela CEME.

Assim, pode-se afirmar que tampouco através da CEME as transferências governamentais financiam a medicina previdenciária. O segmento subsidiado pela CEME é aquele composto pelas Secretarias Estaduais de saúde, a que são destinados 47,74% dos medicamentos, mediante uma insignificante contrapartida financeira. Destaque-se, portanto, o que poderá vir a ser um aspecto significativo de uma política de saúde pública de distribuição de medicamentos ativos no combate a doenças que atinjam grandes contingentes populacionais.

Cabe aqui dar conta da campanha contra a CEME, acusando-a de estatizante. Como se viu, em nenhum momento foi cogitada pela CEME a "estatização" do setor, assim como em nenhum momento houve qualquer contradição manifesta entre os programas de produção e distribuição. O objetivo, claramente, sempre foi o de expandir a assistência farmacêutica através da iniciativa privada.

As evidências são mais uma vez as de fusão tríplice de interesses: capital privado, nacional e estrangeiro, e Estado. Quanto a este, o objetivo tem sido uma política que articule os interesses específicos dos empresários do setor, no interior de sua política industrial, com uma estratégia mais ampla, representada pela política social, que na área de saúde significa uma medicina previdenciária com estrutura e dinâmica capitalistas.

Tabela 47

MPAS - Central de Medicamentos - CEME
 Demonstração da Receita por Fontes

Cr\$ 1.000

FONTES DE RECURSOS	1972		1973		1974		1975		1976		1977		TOTAL	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
União	1.000	1,5	120.000	76,2	157.592	47,0	217.410	57,2	189.859	39,3	229.830	28,2	915.691	40,9
Seplan	60.000	91,7	186	0,1	450	0,1	-	-	-	-	-	-	60.636	2,7
INPS	4.421	6,8	8.699	5,5	69.445	20,7	68.000	17,9	158.000	32,7	330.000	40,5	638.565	28,5
Funrural	-	-	-	-	12.000	3,6	23.200	6,1	42.133	8,7	186.500	10,6	163.833	7,3
LBA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.400	0,3	2.400	0,2
Estados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.714	0,2	1.714	0,1
Outros	-	-	2.352	1,5	250	0,1	22.605	5,9	10.535	2,2	5.847	0,7	41.589	1,9
Sucam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	116.175	14,3	116.175	3,2
Exercícios Anteriores	-	-	28.259	16,7	95.941	28,5	49.073	12,9	82.967	17,1	42.378	5,2	296.518	13,2
TOTAL	65.421	100,0	157.496	100,0	335.578	100,0	380.288	100,0	483.494	100,0	814.844	100,0	2.237.121	100,0

Como já se disse anteriormente, a transferência da CEME para a órbita do MPAS foi um movimento que visou reforçar aquele Ministério no tocante à saúde. Foi, entretanto, um evento entre muitos, que embora importante em sua área específica, não tem o caráter de "ruptura" com uma política prévia que alguns autores buscam atribuir. Com a ajuda da Tabela 48 e das informações anteriormente apresentadas, pode-se avaliar melhor esta questão.

Tabela 48

Evolução dos recursos dispensados pela CEME em diversos programas, 1972/1977. (Cr\$ 1.000,00)

ANO	AQUISIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS	MODERNIZAÇÃO DE LABORATÓRIOS OFICIAIS DE PRODUÇÃO	PESQUISAS
1972	35.224	-	-
1973	62.214	-	9.274
1974	190.856	5.038	10.537
1975	287.951	3.059	14.636
1976	355.191	10.623	10.457
1977*	609.500	5.500	15.000
TOTAL	1.547.936	24.220	53.904

* previsão

Fonte: MPAS/CEME, Súmula Informativa, março 1977.

Considere-se em primeiro lugar a questão da aquisição e distribuição dos medicamentos: pela Tabela 43 vê-se que a porcentagem de aquisição ao sistema próprio do governo não diminui após 1975, mas ao contrário, até aumenta. As compras à indústria privada é que caíram de 31% em 1973 para 21% em 1976. Os dados absolutos não atestam, portanto, nenhuma inflexão.

Quando se procura visualizar o processo vê-se que não foi feito nenhum esforço no sentido de ampliar a capacidade instalada no sistema próprio capaz de acompanhar o crescimento da demanda.

Efetivamente, a capacidade da rede oficial não se amplia; pelo contrário, diminui. A expansão do programa de distribuição parece apontar, inclusive, numa direção privatizante.

No que toca à Modernização, observa-se que o ano em que ele dispense mais recursos é 1976, após, portanto, sua incorporação ao MPAS. Entretanto, seu comportamento errático ao longo do período podem indicar dificuldades em sua implementação, ou também a inexistência em qualquer momento de um movimento coerente no sentido de expansão da capacidade produtiva oficial.

Quanto ao financiamento às pesquisas, observa-se também um comportamento pouco firme, não se expandindo, em termos reais, no último ano. Efetivamente a passagem do programa para o âmbito da STI, significa uma menor autonomia e capacidade de estímulo. Observa-se também que embora o número de projetos financiados passe de 9 em 1974, para 11 em 1976, o volume de recursos diminui.

Finalmente, o programa de Distribuição é o único que cresce ininterruptamente, a taxas muito elevadas e envolvendo valores muito superiores aos dos outros programas. Não parece haver dúvida que este é o caminho privilegiado pela CEME, desde sua criação, o que a articula na perfeição com o restante da política governamental para o setor. E se os efeitos desta política sobre a saúde da população são duvidosos, suas conseqüências para os interesses do capital no setor apresentam-se com limpidez cristalina: incentivos a um crescimento acelerado.

N O T A S

- (1) Ver Illich, I., 1975; Dupuy e Karsenty, 1974.
- (2) Ver Roberts, F., 1948.
- (3) Ministério do Planejamento, 1966, p. 93.
- (4) Kowarick, L., s/d.
- (5) Penna, Valéria, 1976.
- (6) A comparação das estatísticas sobre o setor é extremamente problemática, quer se trate de um mesmo período ou de períodos distintos devido aos diferentes tipos de consolidação a que são submetidos os dados, às mudanças contínuas de classificação por parte dos órgãos oficiais etc. Desta forma, qualquer tentativa de comparação do quadro empírico aqui apresentado com o de outros trabalhos deve se limitar à identificação de tendências e não à pretensão de encontrar valores absolutos e precisamente iguais. Barat, Ana Maria, 1973 e Rezende, F. & Mahar, D., 1974, realizaram estudos sobre o período 1965/72. Apesar de algumas diferenças pequenas em relação a valores por eles apresentados, explicada também em parte por critérios de agregação e de análise distintos, identifica-se as mesmas tendências fundamentais para o "setor saúde". Divergimos, isto sim, nas interpretações.
- (7) Ver Guimarães, R., 1978 (especialmente Unidade I); Yunes, J., Ronchezel, V.S.C., 1974.
- (8) Barat, Ana Maria, 1977.
- (9) Barat, Ana Maria, 1977, p. 24. Os órgãos a que ela se refere são:
CPMI - Coordenação de Proteção Materno-Infantil
CAMH - Coordenação de Assistência Médica-Hospitalar

DNT - Divisão Nacional de Tuberculose
 DNDS - Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária
 DNC - Divisão Nacional do Câncer
 DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental
 SG - Secretaria Geral
 INAN - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
 FNS - Fundo Nacional de Saúde

- (10) Nas despesas com Assistência Médica do INPS predominam as de caráter corrente; as de capital são insignificantes, dado que aquele instituto não tem investido na ampliação de sua rede de serviços de saúde.
- (11) Os contratos do INPS com a rede privada tomam a forma de convênios e credenciações. Neste relatório, como se trabalhou com a idéia de empresas médicas, não era relevante analisar as diferenças. Para tal, consulte-se Gentile de Mello, op.cit.; Arouca e col., 1978, Donnangelo, M. Cecília, op.cit.
- (12) Nascimento e Silva, L.G., A Medicina Previdenciária e a nova Instituição de Assistência Médica. Discurso na VI Conferência Nacional de Saúde, 1977.
- (13) A partir de março de 1978, entrou em vigência o SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - em cuja estrutura o INPS passa a responder apenas pela previdência propriamente dita, criando-se um instituto específico para a assistência médica e outro para a administração financeira, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS - e Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social - IAPAS, respectivamente. Esta última reforma previdenciária será tratada mais adiante neste trabalho.
- (14) MPAS, Sumário da Previdência e Assistência Social e de suas prestações, 1977, p. 13.
- (15) As exceções são aplicáveis pelas aplicações fomentadas pelos "superavits" de 1973 e 1974, esboçando-se então um movimento

de capitalização. Nada assegura, contudo, que a Receita Patrimonial tenha se sustentado ou elevado após 1976, pois as expansões dos gastos com Assistência Médica podem ter provocado redução, pelo menos relativa, das aplicações financeiras.

(16) Sobre a estrutura produtiva oligopólica no Brasil ver: Tavares, Maria da Conceição, *op.cit.*, caps. II e III e Possas, M. R., 1977.

7) P. 33. Grifos nossos.

(18) *Idem*, p. 34.

(19) Donnangelo, Maria Cecília F., 1975, p. 37.

(20) INPS - Ministério da Previdência e Assistência Social, Programa de Ação 1977, p. 11.

(21) Esta lei, que cria o Sistema Nacional de Saúde, especifica as funções pertinentes a cada Ministério, estabelecendo as relações inter-institucionais, buscando articulação e harmonia na promoção da saúde da população. É importante atentar para o fato de que ela é expressão das contradições vividas pelo "Setor Saúde": os impasses de sua regulamentação e concretização são expressões da crise presente da política estatal. Ver Quadra, A.A.F. e Cordeiro, H., 1977.

(22) *Apud* Quadra, A.A.F. e Cordeiro, H., p. 20.

(23) Donnangelo, Maria Cecília F., *op.cit.*, p. 54. Como se verá, nossa análise do processo de assalariamento apoia-se basicamente neste trabalho, que recomendamos aos que desejam aprofundar-se sobre o tema.

(24) *Idem*, p. 63.

(25) *Idem*, p. 70.

- (26) Idem, p. 71.
- (27) Idem, p. 96.
- (28) Idem, p. 50.
- (29) Idem, p. 79
- (30) Gentile de Mello, C., 1977, pp. 256/257. Neste mesmo artigo, intitulado "Os empresários do Setor Saúde", o autor mostra como as empresas convenientes são as maiores por pessoal ocupado e onde a média de salário é 3,5 salários mínimos, enquanto a média salarial do contribuinte de Previdência Social é de 1,4 salários mínimos.
- (31) Muito nos beneficiamos de um documento interno feito pela equipe do PLUS/INPS encarregada da análise dos projetos propostos ao FAS. Registramos aqui nossa dívida.
- (32) Cordeiro, H.A.: "A política de medicamentos", p. 253; in Guimarães, R., 1977.
- (33) Cordeiro, H.A., op. cit., pp. 256/257.
- (34) CEME, Presidência da República, Plano Diretor de Medicamentos, Vol. IV, p. 38.
- (35) CEME, Relatório de Atividades de 1976. mimeo, p. 67
- (36) Idem, p. 68.

CAPÍTULO 4: DESENVOLVIMENTO DO CAPITAL INDUSTRIAL NO SETOR SAÚDE

1. Medicina e Indústria - Aspectos Gerais

Já por diversas vezes falou-se aqui no desenvolvimento científico e tecnológico nas ciências médicas, na expansão do setor de atenção à saúde enquanto indústria - que não se diferencia das demais indústrias capitalistas em nenhum aspecto essencial - ao aumento do grau de controle social exercido pelos serviços de atenção à saúde - à questão, enfim, do que vem sendo chamado de "medicalização" da sociedade. Muito embora esta questão ultrapasse em muito o escopo do presente trabalho, e ademais, envolva problemas distantes da área econômica, parece necessário abordá-la aqui, de modo a permitir que contra este pano de fundo se possa discutir com maior abrangência os problemas do desenvolvimento tecnológico e da produção de insumos, equipamentos e materiais essenciais para a moderna atenção à saúde.

O problema da "medicalização da sociedade" (1) pressupõe incorpora o fenômeno do vertiginoso crescimento do papel e da importância da medicina e dos atos médicos nas sociedades industriais modernas, independentemente do seu sistema econômico. Os problemas de saúde têm se tornado uma preocupação crescente das populações destes países, o que pode ser explicado tanto pelos efeitos patogênicos da sociedade industrial, como pela "propaganda" dos aparelhos de cuidado à saúde, que se apresentam maciça e impositivamente como detentores únicos das formas capazes de restabelecer a saúde afetada. Como consequência econômica direta, tem ocorrido um rápido aumento das despesas em atenção médica como proporção do consumo familiar.

Para compreender as verdadeiras dimensões do problema da tecnologia ligada à prestação dos serviços de saúde e à produção de seus insumos, parece interessante apresentar em rápidos traços o movimento de "cientifização da medicina", processo que, em articulação com a formação e desenvolvimento do complexo médico-indus

trial, resultou nas atuais práticas de prestação dos serviços de atenção à saúde.

Assumindo os riscos de todas as simplificações e remetendo os leitores à ampla literatura sobre o assunto (2), pode-se afirmar que esta tendência nasce com o século XIX, sofrendo em sua infância uma forte influência do positivismo. Os fatos a se destacar neste primeiro período da constituição de "ciência médica" são a terapia experimental de Claude Bernard, que eleva a prática do diagnóstico e da terapêutica a patamares de eficiência mais elevados, e os métodos experimentais laboratoriais de Pasteur, Koch e outros, que desenvolvem uma teoria microbiana. A consequência mais pronta destes novos caminhos é que o médico abandona sua preocupação de ver o indivíduo como um todo, e o ambiente em que ele se insere; o objeto privilegiado de sua observação passa a ser o corpo, e mais do que isso, seus diferentes órgãos e sistemas tomados isoladamente.

Tal modo de ver era, até o final do século passado e início deste século, apenas uma tendência - certo, era a tendência dominante, de influência crescente. Entretanto, esta medicina dita "científica" convivia na época com numerosas outras maneiras de encarar a doença, outras formas de medicina, não mantendo uma clara hegemonia sobre as demais. Uma das formas a que ela se opunha - provavelmente a mais forte - era a medicina homeopática, que então não ocupava o lugar marginal dos dias de hoje, sendo seu ensino bastante disseminado na Europa e Estados Unidos.

Neste último país (de cujo caso trataremos, como exemplo - e mais do que isso, como determinante - do que ocorreu em todo o mundo ocidental industrializado) a alopátia - o que estamos chamando de "medicina científica" - assume o papel dominante, hegemônico, a partir do Relatório Flexner (3), que, exercendo sua influência sobre a formação universitária dos médicos, enfatiza e fortalece os métodos legitimados pela ciência da época.

Resumidamente, o Relatório Flexner foi o resultante de um trabalho encomendado pela Dale Carnegie Foundation, e que tinha como objetivo a análise das condições de ensino da medicina nos Estados Unidos no início deste século. Suas conclusões finais e sugestões de ação foram adotadas pelo governo americano, que passou a

disciplinar com rigor o ensino da medicina, dando legitimidade apenas à alopatia, e, na prática, eliminando a homeopatia como forma socialmente significativa de ver a saúde e a doença. Considere-se dois fatores. Em primeiro lugar, é preciso ter claro que no começo deste século a medicina alopata que então se praticava pode ser considerada primária, se a comparamos com seus padrões atuais. A homeopatia, ao contrário, apresentava já um desenvolvimento muito grande, já dispoⁿdo de métodos muito rigorosos de avaliações clínicas, diagnósticos, terapêuticas, etc.

Em segundo lugar - e isso é o fundamental para nossos propósitos aqui - é importante ter em mente o que era o médico e a medicina no início deste século, e que elementos se dispunha então para prestar assistência à saúde. Até poucas décadas atrás, o médico realizava sua prática de forma isolada, quase sempre como profissional liberal não assalariado, devendo fundamentalmente dispor de conhecimentos como clínico generalista. Poucos eram os especialistas, e tanto o seu saber como sua capacidade de intervir sobre as doenças eram muito limitados. Nem de longe o hospital tinha o papel que hoje ocupa. Deixara de ser, é bem verdade, o local para onde só se dirigiam os desesperançados. Mas se já não era apenas uma morada da morte, ainda não se transformara no eixo central do saber e da prática médicas. O médico dispunha então de escassos elementos de apoio material - pode-se dizer que a maior parte de seus instrumentos cabiam numa pequena maleta. A relação com os medicamentos era mais sutil: existiam pouquíssimos remédios industrializados, e cada receita era manipulada individualmente.

Para usar uma expressão de Kelman (4), a medicina vivia ainda uma fase artesanal, pré-industrial. E seria inevitável que a atenção à saúde, suas formas de pensar seus problemas e enfrentá-los, acompanhasse as transformações mais amplas da sociedade capitalista de então, integrando-se ela mesma ao processo de produção e reprodução do capital.

Vale repetir, não se pretende dar conta dos trajetos percorridos pela medicina em sua incorporação aos modos e aos requisitos do capitalismo industrial. Nem tampouco discorrer sobre a história da ciência biológica. Mas é bom destacar que se os avanços da ciência e da clínica médica ligam-se, por um lado, à unificação

da formação da mão-de-obra especializada, difundindo e legitimando uma determinada prática médica vista como "racional" e "científica", ligam-se também à possibilidade de incorporação à produção capitalista das diversas áreas, ao longo de todo o processo do desenvolvimento capitalista.

Ilustrando este ponto, veja-se a seguinte descrição de um medicamento homeopático:

"Pulsatilla nigrans

O anêmona de los prados, planta de la familia de las ranunculáceas, que no deve confundirse com anêmona pulsátil, Pulsatilla vulgaris. Cresce en Europa en colinas elevadas y descubiertas, lugares elevados y sacudidos por vientos; tiene bonita flor, cuyo nombre "flor de los vientos" está relacionado con los síntomas del remedio, veleidoso e inconstante.

Las diferentes dinamizaciones se preparan partiendo de una tintura madre obtenida por maceración en alcohol de toda la planta recolectada en el momento de su floración" (5).

Comparar a descrição - quase diríamos, o poema - acima com a bula de qualquer remédio que se tenha em casa é fazer saltar aos olhos a impossibilidade da homeopatia atrelar-se ao desenvolvimento do moderno capitalismo industrial. Era inevitável ser esmagamento como forma coletivamente importante de cuidado à saúde, como era totalmente de se esperar o crescimento da alopatia, da medicina dita científica. (O que não quer dizer que a forma que ela hoje assume teria sido a única possível). As formas oligopólicas do capitalismo exigiam a presença de um setor de atenção à saúde que não só fosse eficiente no tratamento dos agravos à saúde - da força de trabalho e dos próprios capitalistas e trabalhadores improdutivos - como também que reproduzisse, no interior deste próprio setor, o processo de produção e reprodução do capital. E isto se dá a partir do momento em que se pode dispor de medicamentos eficientes, baratos, capazes de ser produzidos em escala industrial. E é também esta a origem das "distorções" da medicina atual, de seus aspectos "contra-produtivos", de suas aparentemente paradoxais características patogênicas.

1.2 Industrialização da medicina

Os analistas da área situam no pós-guerra o momento de ruptura da medicina, do salto qualitativo que a colocou no trajeto atual, que a capacitou para o atendimento "eficiente" e em massa. A partir daí os serviços de saúde passam a dispor de métodos, técnicas, instrumentos e matérias-primas que permitiam-na controlar e vencer uma série de males até então não passíveis de tratamento; e é também desde então que a atenção à saúde, do ponto de vista de seus custos e dispêndios, de seus efeitos econômicos imediatos, inicia uma trajetória exponencial.

Já em 1948 Frankon Roberts (6), com notável capacidade de previsão, mostrava que seus contemporâneos viam apenas o lado positivo das conquistas científicas e tecnológicas que então fazia a medicina. Lembrava ele que não se estava vendo com suficiente clareza as consequências da vertiginosa elevação dos custos de tratamento e diagnóstico, da grande diferenciação de mão-de-obra, da diversificação dos equipamentos e instrumentos. Em defesa de sua argumentação, demonstra que os custos por alta de paciente e o volume de exames patológicos requisitados nos hospitais ingleses apresentavam uma virtual tendência ao infinito. E não existia, aparentemente, nenhuma força capaz de deter este movimento, nem mesmo a melhoria das condições sociais, ao contrário do que se poderia crer (já que a diminuição da incidência de algumas doenças mais letais e comuns eram substituídas, em termos de demanda, pelo aumento subjetivo da importância atribuída a outras enfermidades).

Seu pessimismo não se detinha aí. Em sua avaliação, esta elevação de custos não vinha sendo necessariamente acompanhada por um equivalente aumento da eficiência. Para ele,

"os métodos modernos, com seus custos e complexidades crescentes, apesar de valiosos ao estabelecer um diagnóstico já feito por métodos mais simples, contribuíram pouco para a eliminação da dúvida e da incerteza" (7).

O problema comportava outros aspectos: no imediato pós-guerra foi criado, na Inglaterra, o National Health Service, que "socializava" a medicina inglesa, acarretando uma enorme expansão

da demanda. Isto levava a uma situação cheia de dificuldades: elevavam-se os custos unitários dos serviços e o volume produzido, mas não havia uma correspondência equivalente nos resultados destes serviços. "Para onde estamos indo?" Era a pergunta que ele se fazia, acreditando que se marchava para os limites do impossível sem se dispor de saídas alternativas.

Roberts, na verdade, não percebia todas as dimensões econômicas do problema que analisava. A partir daquele momento a prática médica deixava de ser a ação de um indivíduo isolado; transformava-se numa complexa cadeia que envolvia grande número de técnicos e instituições, mobilizando grande volume de recursos financeiros. Esta transformação - iniciada, ou pelo menos reforçada pela constituição da moderna indústria farmacêutica - estimulava o crescimento de diversas indústrias correlatas, produtoras de equipamentos, instrumentos, materiais, medicamentos, etc. Ao mesmo tempo, expandia-se o sistema de formação de recursos humanos diferenciados, e desenvolviam-se inúmeras pesquisas científicas e tecnológicas. No centro deste sistema, estava o hospital.

Este novo processo de cuidado à saúde já trazia, geneticamente, suas próprias contradições. Saudado por muitos como a solução para grande parte dos sofrimentos da humanidade, ele tinha, no entanto, fôlego curto para se expandir democraticamente - seus altos custos faziam com que só os ricos a ele tivessem acesso. Dois problemas, assim, exigiam solução. Por um lado, a população como um todo desejava - em alguns casos exigia - desfrutar da atenção à saúde. Por outro, os produtores de bens e serviços médicos necessitavam que se ampliasse o mercado para seus produtos. Impunha-se então, em grande parte das nações, que o Estado ampliasse e transformasse sua participação na atenção à saúde; era necessário não apenas o aumento do financiamento direto, como também a diversificação de suas ações, que deveriam abranger também incentivo às pesquisas, o desempenho de serviços de apoio, etc.

Nos diversos países capitalistas variaram as soluções para este problema. Assim, por exemplo, na Inglaterra, logo após o término da II Guerra Mundial, constituiu-se um sistema "socializado" de atenção médica; destaque-se: sob um governo trabalhista, e numa situação internacional favorável aos trabalhadores. Já nos Estados Unidos, prevalece até hoje um sistema privado, em que a maior

parte do financiamento dos custos da atenção médica é feita através de empresas privadas de seguro ou por instituições "não lucrativas".

Os dois sistemas são diferentes. Mas no essencial, apresentam semelhanças notáveis: assistência médica centrada no hospital, alto grau de especialização, uso intensivo de equipamentos cada vez mais sofisticados e uso abusivo — diriam alguns — de medicamentos. Tanto num país como noutro, a assistência médica oferece um vasto campo para a realização de lucros capitalistas, variando, contudo, quem parece pagar a conta.

O que se pretendeu destacar aqui é que se a enorme expansão da atenção médica nas últimas décadas não corresponde a uma equivalente melhoria dos níveis de saúde da população, corresponde, certamente, à criação e desenvolvimento de um novo setor das economias capitalistas, que absorve uma parcela crescente da Renda Nacional e é responsável por um volume cada vez maior de dispêndios governamentais; os setores industriais atrelados a tal sistema são, no dizer de um autor, "à prova de recessão", incorporam em sua produção os desenvolvimentos tecnológicos mais avançados, e têm uma influência ainda não suficientemente avaliada sobre o nível de bem-estar das populações.

E são, como qualquer setor capitalista, ordenados não pela lógica do bem-estar mas pela lógica do lucro.

1.3 A moderna indústria farmacêutica — surgimento e transformações

Windham Davies observa que "um doente de pneumonia, vivendo num ambiente razoável e dispondo de um mínimo de cuidados tinha, em 1935, provavelmente a mesma possibilidade de recuperação que na época de Galeno" (8).

O evento que inicia a transformação deste quadro é a descoberta, na década de 30, do processo de industrialização da sulfanilamida. A partir de então expandem-se, no campo científico, as pesquisas voltadas para a descoberta de outros grupos de substâncias capazes de matar ou inibir bactérias.

Mas o grande passo nesta área foi, naturalmente, o desenvolvimento do processo de produção industrial da penicilina, que já tinha sido isolada em laboratório no final da década de 20. Devido em parte às necessidades da guerra, foi realizado um esforço conjunto buscando a forma de produzi-la maciçamente, num custo total de 27 milhões de dólares - financiados por um "pool" de indústrias farmacêuticas e pelo governo americano. Resultados: em 1943 a penicilina custava 20 dólares por dose; em 1945, 1 dólar; em 1951, o preço de atacado nos Estados Unidos era 10 centavos de dólar - menos que o custo do recipiente (9).

A indústria farmacêutica sofreu profundas transformações desde então. Assim, por exemplo, nos Estados Unidos, em "meados da década de 30 as vendas anuais alcançavam cerca de 250 milhões de dólares. Em 1959 situavam-se em 2 bilhões de dólares para as drogas éticas (sem publicidade para o público) e 450 milhões de dólares para as não-éticas" (10).

O mesmo autor nos dá uma idéia do ritmo em que se deu as descobertas na área, analisando a introdução de novas drogas na U.S. Pharmacopoeia. De 1905 a 1935 a média de acréscimos era de 6 por ano. Entre 1935 e 1945 a média era 37 por ano; a edição de 1955 continha 73 adições. Entre 1948 e 1958 os fabricantes de drogas nos Estados Unidos introduziram 4829 produtos novos, 3686 novos compostos e 1143 novas apresentações de drogas estabelecidas, ou seja, uma média de um novo fármaco por dia neste período. Convém lembrar que apenas 1 entre cerca de 3.500 compostos experimentais descobertos nos laboratórios de pesquisa industrial finalmente alcança o mercado.

Nesta indústria o desenvolvimento de pesquisas tem importância crucial. E é bom que se tenha claro o papel desempenhado pelos diversos governos no apoio a tais investigações. O governo americano, por exemplo, vem dando ao longo destes anos uma ajuda generosa - alguns críticos acham-na mesmo extravagante; assim, em 1963, enquanto a indústria farmacêutica dispendia 270 milhões de dólares em pesquisas, o governo alocava 907 milhões de dólares para pesquisas em biologia e medicina (11).

Parece fora de dúvida que a expansão da indústria farmacêutica tem estado ultimamente ligada ao comportamento dos seus

ciclos de inovação tecnológica: antibióticos no final da década de 40, tranqüilizantes no final dos anos 50 e início da década de 60, pílulas anticoncepcionais em meados dos anos 60. Esta tendência ascendente do ciclo, no entanto, chegou ao fim, e presentemente não se descobriu novos mercados igualmente rentáveis. Desta forma, enquanto em 1959 315 novos produtos foram introduzidos no mercado, em 1968 este número caiu para 12. Para compensar, a indústria voltou-se para a publicidade, como estratégia de ampliação ou manutenção de seus mercados. Assim, em 1963, enquanto suas muito propaladas despesas com P & D alcançavam 6% do valor das vendas, a relação dos gastos com publicidade/vendas ocupava o 19º lugar entre todas as indústrias americanas - 12,1%. Esta proporção tem se mantido mais ou menos constante desde então (12).

O que se pretende, aqui, é chamar a atenção para a importância do papel ocupado pela indústria farmacêutica nos principais países industrializados. Trata-se, inquestionavelmente, de um setor poderoso, que por suas dimensões econômicas, pelo volume de recursos que comanda, é capaz de exercer profunda influência nas áreas a que se liga, inclusive na formação do saber e da prática médicas. Aos que se interessem especialmente por este aspecto da ação da indústria farmacêutica recomenda-se o trabalho já citado de Dupuy e Karsenty.

Assim, a indústria farmacêutica americana há 20 anos é uma das três indústrias mais lucrativas em termos do retorno percentual sobre o capital investido. Entre as maiores indústrias farmacêuticas, o lucro como percentagem das vendas é mais do que o dobro das outras 500 indústrias americanas mais lucrativas; o lucro como percentagem do capital investido é sempre pelo menos 50% mais alto. Entre 1955 e 1960, por exemplo, os lucros da indústria farmacêutica nunca estiveram abaixo do 39º lugar entre as 41 principais indústrias americanas. É também significativo que a indústria farmacêutica receba um retorno médio de 18,1% do capital investido; em comparação, 31 outras grandes indústrias (incluindo defesa, automobilística, petróleo, aço, química, aviação, telégrafo e telefone) recebem em média 9,7% do capital investido (13).

Outro aspecto do crescimento do capital aplicado nesta indústria especialmente importante para países como o nosso, é a expansão internacional. Esta é a operação fundamental em sua es-

tratégia de expansão; e não se fala aqui do crescimento das exportações do produto final, e sim da montagem de fábricas filiais e da aquisição de estabelecimentos pré-existentes. Assim, a venda de produtos farmacêuticos por subsidiárias americanas em outros países vêm se expandindo a uma taxa de 15% anuais, cerca do dobro da taxa de crescimento das matrizes americanas. Em 1974 mais de 30% da receita total das indústrias americanas originavam-se do exterior; espera-se que até o final da década esta taxa terá atingido 50%; um aumento significativo, se se considerar que em 1960 esta percentagem era de 25%.

Esta expansão internacional assume a forma de verdadeiros empreendimentos multinacionais; como tal, caracterizam-se por: a) as fábricas estrangeiras compram insumos de um dos ramos da corporação, que pode estar localizado em outro país, e vende seu produto final a outro ramo, também situado alhures; b) integração vertical e horizontal; c) especialização de "produto-por-fábrica"; d) grande variedade de fontes de financiamento; e) desnacionalização da indústria do país hospedeiro (14).

Finalmente, como parte do processo de oligopolização do mercado, considere-se o processo de concentração desta indústria, acentuado nos últimos anos. Para o caso americano, tem-se que entre 1952 e 1957 ocorreram um total de 189 fusões - uma média de 32 por ano; já entre 1963 e 1968, 581 fusões - ou 97 por ano. Ademais, nos últimos anos os principais fabricantes de produtos farmacêuticos enfatizaram a aquisição de firmas estrangeiras; entre 1964 e 1968 realizaram-se 51 aquisições. Em comparação, entre 1959 e 1963 foram feitas apenas 32 aquisições de firmas estrangeiras por empresas americanas (15).

As fusões e aquisições representam 3 tendências principais na indústria farmacêutica.

Em primeiro lugar, contribuem significativamente para a concentração do mercado. Embora existam mais de 1.200 produtores de fármacos nos Estados Unidos, 124 companhias fabricam cerca de 95% das drogas éticas. Se bem que nenhum fabricante, isoladamente, contribui com mais que 7% da produção, a estrutura peculiar do mercado farmacêutico leva a um monopólio virtual. Diversos estudos mostram que o processo

de oligopolização do mercado farmacêutico se faz através do domínio da produção de especialidades terapêuticas (16).

A segunda tendência é a ampliação e diversificação das operações. Há um claro movimento da indústria farmacêutica no sentido de estabelecer uma cabeça de ponte no mercado de cuidados à saúde, em rápida expansão e mobilizando enorme volume de recursos. (Em 1974, este mercado, nos Estados Unidos, era estimado em 12 bilhões de dólares). Assim, por exemplo, 25% das vendas totais de Abbott Laboratories, em 1970, vinham de fusões e aquisições feitas desde 1964. Em 1974, produtos hospitalares e pediátricos eram responsáveis por cerca de 40% de suas vendas totais. Tipicamente, as maiores indústrias farmacêuticas expandiram suas operações primeiro em todos os campos do mercado de cuidados médicos, e posteriormente em áreas como refeições pré-fabricadas, produtos veterinários, produtos químicos, cosméticos. A conclusão ineludível é que já não existe, nos Estados Unidos, uma indústria distintamente "farmacêutica" (17).

A terceira tendência é a tentativa de grandes conglomerados de partilhar a lucratividade na produção e venda de fármacos. Coca (1964), 3M (1964), American Hospital Supply (1959), Dow Chemical (1960), Standard Oil (1963), Colgate-Palmolive (1961), Philip Morris (1963), United Fruit Company (1965) são apenas algumas das grandes corporações americanas que, na diversificação de suas atividades, têm entrado, pela aquisição de instalações pré-existentes, no mercado de produtos farmacêuticos (18).

1.4 A Indústria de Equipamentos, Instrumentos e Materiais Médicos

Embora a maior parte das análises que relacionam produção industrial e atenção à saúde centre-se basicamente no papel desempenhado pela indústria farmacêutica, a produção capitalista de medicamentos não é a única a exercer sua influência nesta área. Na verdade, não se pode compreender a atual atenção à saúde sem se considerar também a produção de equipamentos, instrumentos e materiais médicos. O acentuado crescimento desta indústria está, como o da indústria farmacêutica, intimamente ligado à expansão dos dispêndios

em todos os países industrializados com os gastos em saúde. Assim, nos Estados Unidos, por exemplo, em 1950 gastava-se 3,2 bilhões de dólares em cuidados hospitalares; em 1965, o valor tinha passado para 13,4 bilhões de dólares, e em 1969, 3 anos depois da instituição de programas governamentais de financiamento da hospitalização para certos grupos de pessoas (MEDICARE e MEDICAID) - as despesas hospitalares tinham passado para 20 bilhões de dólares (19).

Os riscos na indústria de equipamentos médico-hospitalares parecem ser tão baixos quanto altos são os lucros. Já em 1966, o Value Line Investment Survey dizia da American Hospital Supply que ela "operava num setor da economia virtualmente à prova de recessão" (20). Segundo a mesma fonte, as empresas tradicionais fornecedoras de equipamentos hospitalares auferem lucros elevadíssimos para os padrões da economia norte-americana - 15% e 25% ao ano.

A expansão da oferta de equipamentos e materiais médicos está ligada às inovações tecnológicas na área, principalmente em duas linhas de produtos.

A primeira é eletrônica. Calcula-se que atualmente nos Estados Unidos mais de 1,5 bilhões de dólares são gastos em eletrônica médica. Uma primeira razão para isto é a crescente carga de pacientes para os hospitais, aumentando a demanda de serviços de todos os tipos. Ao mesmo tempo, como escasseia a oferta de trabalho qualificado, e sobem os seus custos, busca-se desenvolver uma tecnologia intensiva em capital. Outra razão para a maior utilização desta tecnologia eletrônica é que anos de dispêndios governamentais em pesquisa em geral estão resultando em novas tecnologias aplicáveis em hospitais. Trata-se de uma tecnologia cara, fora do alcance do médico isolado, mas plenamente utilizável pelo hospital. Finalmente, um último motivo, específico para os Estados Unidos, mas com reflexos em todo o mundo industrializado, foi a pressão de alguns setores da indústria eletrônica para encontrar novos mercados: com o declínio dos gastos da NASA desde 1965, e a queda da produção destinada para o Vietnã após 1968, as indústrias de defesa e aeroespacial voltaram-se para a saúde - outro mercado subsidiado pelo governo.

A outra linha de produtos que vem definindo a inovação no setor é a de produtos descartáveis - principalmente seringas e agulhas hipodérmicas, uniformes e lençóis. Em 1951 foram vendidos

nos EUA, 14 milhões de dólares destes produtos. Em 1956, o mercado atingiu 100 milhões; em 1970, 300 milhões. Não há muitos estudos na área, que aprofundem mais o assunto, ou que analisem a situação em outros países. Mas a rápida difusão destes produtos mostra os caminhos seguidos.

O quadro abaixo nos dá uma noção do mercado que acabamos de analisar.

Tabela 49

Valor de produtos médicos, prontos para entrega; dados censitários oficiais de 1957 por tipo de produto (dados para este ano)

CÓDIGO	PRODUTOS	VALOR
1	Drogas	US\$ 4.143.029.000
2	Equipamentos e materiais odontológicos	196.100.000
3	Instrumentos cirúrgicos	188.100.000
4	Curativos cirúrgicos	184.900.000
5	Agulhas e seringas hipodérmicas	99.400.000
6	Mobiliário médico	87.500.000
7	Suturas cirúrgicas	70.300.000
8	Equipamentos p/Raios X	68.200.000
9	Equipamentos eletrônicos	54.200.000
	Estimativa mínima	5.091.729.000

Código: principais empresas americanas, por tipo de produto:

Abbott Laboratories (1,3); American Cyanamid (1,3,4,7); American Hospital Supply (1,2,3,4,5,6); Baxter Laboratories (1,5); Becton Dickinson (3,4,5); Eorg-Warner (6); Brunswick (3,4,5,6); General Electric (8,9); Hewlett-Packard (9); International Paper (3); Johnson & Johnson (1,2,3,4,5,7); Kendal (1,3,4); Parke-Davis (1,3,4,9); Philip Morris (3,7); Sybron (2,6,8); Smith Kline & French (1,3); Warner-Lambert (1,2); Westinghouse (8).

Fonte: Fortune 81:91 (janeiro 1970); apud Krause, E., 1971, p.53.

É interessante observar que o período de maior expansão da indústria de equipamentos, bem como também o de sua maior influência sobre a prática médica, se inicia em meados da década de 60, ou seja, no momento em que a indústria farmacêutica perde dinamismo no que toca às inovações. Mas enquanto a influência da indústria farmacêutica se dá de maneira mais generalizada, sobre todas as práticas de atenção à saúde, a indústria de equipamentos vai influir principalmente sobre o hospital, reforçando seu trajeto no rumo de centralizador dos serviços de saúde.

Como no caso da indústria farmacêutica, a indústria produtora de equipamentos influi fortemente sobre o próprio desenvolvimento da medicina. E mais: a moderna produção capitalista e o desenvolvimento do saber científico têm, nos últimos anos, atribuído um "glamour" especial aos aparelhos eletrônicos, ao aparentemente sofisticado, ao objeto caro e de funcionamento impossível de ser compreendido pelo comum dos mortais. Só é legítimo o equipamento moderno; só com seu uso poderá o paciente recuperar sua saúde.

A história do crescimento recente da indústria de equipamentos é a história da ascensão do hospital como centro dos serviços de atenção à saúde. E para entender esta história é preciso conhecer o papel do Estado no apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico e às atividades hospitalares.

1.5 Estado, tecnologia, assistência hospitalar

"O hospital, sem ser um microcosmo que reflita o sistema social, porque tem uma autonomia relativa de corrente de sua especificação, reproduz as relações sociais existentes na sociedade em que se insere"(21).

A ênfase no hospital reflete a forma "especializada" pela qual se tem desenvolvido os saberes em todas as áreas científicas; a expansão do conhecimento tem se dado através do recorte de objetos específicos, aprofundando-se no domínio do detalhe e reduzindo-se sua amplitude e generalidade. Este procedimento é seguido também no que se refere ao corpo humano. O diagnóstico e a terapia são agora resultados do trabalho "integrado" de especialistas cada vez mais estritos. O hospital é o lugar onde eles se encontram.

Em segundo lugar, vem a questão do aumento e diversificação progressivas da utilização de equipamentos e instrumentos. Como já se disse, a inovação dos mesmos vem se dando em sentidos em que se o hospital não é em todos os casos o único consumidor, é, pelo menos, um lugar privilegiado de seu consumo. Por um lado, os instrumentos e materiais descartáveis, que objetivam, acima de tudo, a diminuição do uso de mão-de-obra, e tão conformes às sociedades de consumo. Por outro lado, instrumentos eletrônicos altamente sofisticados e nos quais se apoiam cada vez mais os cuidados à saúde. Seu alto custo fazem com que sua aquisição seja praticamente inviável para o médico isolado - inclusive porque sua obsolescência pode se dar num período relativamente curto.

O desenvolvimento desta tecnologia tem por trás de si o apoio do Estado, que a estimula e participa de seu financiamento, assim como financia, de diversas formas, os serviços de saúde baseados nesta lógica hospitalar. Ele está, assim, presente nas diversas etapas deste setor, cuja importância como local de acumulação do capital já deve estar clara. Mas se não há dúvidas quanto à sua importância para a acumulação de capital, permanecem ainda muitas dúvidas quanto à sua eficiência sobre a saúde da população. Assim, os países que mais gastam com a atenção à saúde não são necessariamente os que têm melhores níveis de saúde, nem tampouco estes níveis estão se elevando na mesma proporção que os custos. Na verdade, estes gastos para os países industrializados elevam-se em geral a uma taxa superior à do crescimento da renda, como se pode ver pelo quadro a seguir:

Tabela 50

Despesas Gerais de Saúde /P.N.B.

	1950	1960	1970	1975	1980
U.S.A.	4,5%	5,3%	7,0%	8,3%	9,5%
Canadá	4,0%	5,3%	7,0%	7,5%	9,5%
França	2,8%	4,3%	6,4%	6,9%	9,5%
Alemanha	2,2%	5,0%	5,7%	7,6%	9,5%
Suíça	3,0%	3,5%	4,9%	5,3%	9,5%
Grã-Bretanha	3,5%	4,4%	5,0%	6,6%	8,5%
Países Baixos	3,3%	4,4%	6,3%	8,9%	11,0%
Suécia	2,2%	4,2%	6,6%	8,2%	9,5%
Noruega	3,0%	4,0%	6,4%	6,6%	8,5%
Itália	2,0%	3,9%	5,2%	7,1%	8,0%
Japão	3,0%	3,5%	4,2%	5,5%	7,0%

Fonte: Barral, E., 1977, p.54.

Podem-se fazer algumas observações adicionais.

Em primeiro lugar, ao longo desta série, a maior parte dos recursos destina-se à hospitalização — é o que nos mostra o quadro a seguir, para a França, e que pode ser generalizado para os demais países industrializados:

Tabela 51

Divisão do Consumo Sanitário

ANO	MEDICINA	HOSPITALIZAÇÃO	FARMÁCIA (MEDICAMENTOS + LENTE DE CORREÇÃO - ORTOPEDIA)
1950	31%	39%	30%
1955	33%	33%	34%
1960	32%	39%	29%
1965	32%	39%	29%
1970	32%	40%	28%
1975	33%	44%	23%
1976	33%	47%	20%
1980	33%	49%	18% (*)

Fonte: Barral, E., op.cit, p.53.

(*) Medicamentos: 17%

Em segundo lugar, pode-se notar

"uma mudança de tendência (no sentido da aceleração) no aumento das despesas de saúde. Ocorreu por volta de 1960, quer dizer, no momento em que se produziram simultaneamente dois fenômenos: a diminuição da velocidade do progresso médico-farmacêutico que conheceu um ritmo máximo nos anos 40-50 - e o desenvolvimento do caráter patogênico da sociedade industrial" (22).

A estas causas, poderíamos acrescentar o maior impulso, nos últimos anos, que vem tendo a produção industrial de instrumentos e equipamentos médicos.

Este aumento das despesas em saúde, entretanto, não vem sendo acompanhado por uma melhoria dos níveis de saúde medidos de forma ortodoxa - taxa de mortalidade geral, esperança de vida - como se pode ver pelos quadros abaixo: pelo contrário, em mais de me-

tade dos países industrializados, sejam eles capitalistas ou socialistas, as taxas de mortalidade geral sobem nos últimos anos:

Tabela 52

Taxa de Mortalidade Geral - Países Industriais
(‰)

	1938	1946	1955	1960	1970	1972	1974
U.S.A.	10,6	10,0	9,3	9,5	9,4	9,2	9,4
Japão	17,7	17,6	7,8	7,6	6,9	6,5	6,6
Rep.Fed. da Alemanha	-	12,3	11,0	11,3	11,7	10,6	12,1
Rep.Dem. da Alemanha	-	22,8	11,9	13,6	14,1	13,7	14,3
Áustria	14,0	13,4	12,7	12,7	13,4	12,8	12,8
Bélgica	13,2	13,6	12,3	12,3	12,3	11,7	12,0
Bulgária	13,7	13,7	9,1	9,1	9,1	9,6	9,8
Dinamarca	10,3	10,2	8,7	9,5	9,8	10,0	11,1
Espanha	19,3	13,0	9,4	8,9	8,6	8,4	8,1
França	15,8	13,4	12,2	11,6	10,6	10,6	10,5
Hungria	14,3	9,9	9,9	10,2	11,7	11,9	12,8
Itália	14,1	12,1	9,3	9,7	9,7	9,6	9,9
Noruega	9,9	9,4	8,5	9,1	9,8	10,0	9,9
Países Baixos	8,5	8,5	7,6	7,6	8,4	8,2	8,3
Portugal	15,4	14,7	11,3	10,4	9,7	10,4	11,0
Grã-Bretanha	11,8	12,1	11,7	11,5	11,8	11,2	11,9
Suécia	11,5	10,5	9,5	10,0	9,9	10,6	10,8
Suiça	11,6	11,3	10,1	9,7	9,1	9,2	8,8
Austrália	9,6	10,1	8,9	8,6	9,0	8,7	8,4
Nova-Zelândia	9,7	9,7	9,0	8,8	8,8	8,7	8,5
U.R.S.S.	-	-	8,4	7,2	8,2	8,5	9,0

Fonte: Barral, E., op. cit., p. 78.

Tabela 53

Evolução da Esperança de Vida

	1935-39	1950-60	1970
África	30 anos	37 anos	43,3 anos
Ásia do Sul	30 anos	42 anos	48,8 anos
Europa	58 anos	67 anos	70,9 anos
U.R.S.S.	-	64,5 anos	69,6 anos
América do Norte	62 anos	69 anos	70,5 anos
América Latina	40 anos	54 anos	60,2 anos

Fonte: Barral, E., op.cit., p. 78.

No caso dos países subdesenvolvidos, o quadro se apresenta distinto. Em primeiro lugar, dado que a parte do P.N.B. consagrada à de saúde é proporcional ao nível de desenvolvimento, as despesas nestes países apresentam-se muito mais baixas. Assim, embora se deva levar em conta que os dados utilizados são muito precários, segue-se uma listagem de países em desenvolvimento, e as proporções do PNB gastas em saúde, retiradas da obra já citada de Barral (p. 53-4):

- 4% - Síria, Turquia, Arábia-Saudita, Bangla-Desh, Paquistão, Sri-Lanka, Camboja, Malásia, Singapura, Filipinas, Colômbia, Equador, Paraguai, Marrocos, Argélia, Tunísia, Egito, Rodésia.
- 3% - Chipre, Irã, Kuwait, Índia, Birmânia, Tailândia, Indonésia, Chile, Costa do Marfim, Gabão, Quênia.
- 2% - Iraque, Costa-Rica, Panamá, Bolívia, Sudão, Mali, Senegal, Sierra-Leone, Nigéria, Camerum, Zaire, Etiópia, Uganda, Tanzânia, Madagascar, Zâmbia e Malawi.
- 1% - Líbia, Alto-Volta, Nigéria, Angola e Moçambique.

Em segundo lugar, observa-se nestes países efeitos muito mais fortes sobre o nível de saúde, medidos pelos índices tradicionais, como se pode ver nos quadros abaixo:

Tabela 54

Taxa de Mortalidade Geral - Países Subdesenvolvidos

(‰)

	1938	1946	1955	1973
Egito	26,3	25,0	21,1	14,0
Costa Rica	17,7	13,9	10,5	6,0
Cuba	11,0	7,1	6,1	9,0
Guatemala	26,3	24,6	20,6	14,0
México	22,9	19,4	13,7	9,0
Salvador	19,1	17,6	14,2	9,0
Índia	23,7	18,7	17,0	16,0

Fonte: Barral, E., op.cit., p. 76.

Tabela 55

Taxa de Mortalidade Infantil
(‰)

	1938	1945	1950	1970
Senegal	145	100	80	55
Costa Rica	122	110	93	37
Chile	213	164	139	71
Guatemala	101	98	106	83
Jamaica	120	102	78	26
México	128	108	96	51
Salvador	117	108	81	53
Malásia	146	100	100	29
Sri-Lanka	149	110	82	46
Tailândia	120	115	100	70

Fonte: Barral, E., op.cit., p. 59.

Pode-se dar várias explicações para este fenômeno. É claro que a melhoria das condições de vida e de alimentação influem muito, mas o essencial deste progresso está na diminuição da mortalidade infantil. Constata-se que estes países fizeram, por exemplo, em 40 anos o que a França fez em 140 anos. E pode-se afirmar que as razões principais para a transformação, do lado da atenção à saúde, está nas medidas de saúde pública, e não nas de atendimento médico-hospitalar. As novas vacinas, o saneamento do meio, os inseticidas, as medidas de higiene infantil são os principais responsáveis por tais progressos.

A medicina, tal como ela é praticada atualmente nos países desenvolvidos, está em crise. A acumulação de capital que ela propicia, entretanto, dá notáveis mostras de vigor. A solução para esta contradição não é clara, mas parece passar pela redefinição dos objetivos da sociedade.

O próximo item aborda a "Produção e Importação de Equipamentos, Instrumentos e Materiais Médicos no Brasil". A rigor, para que a análise a que estamos procedendo se apresentasse completa, seria necessário fazer também um estudo sobre a produção e importação de produtos farmacêuticos. Isto entretanto não foi feito aqui; na mesma época em que desenvolvíamos esta pesquisa, estava sendo realizada, no âmbito da FINEP, uma pesquisa sobre a indústria farmacêutica brasileira, o que fez com que deixássemos de lado a idéia de investigar este setor específico, na preocupação de não duplicar esforços. Desta forma, os interessados no assunto poderão recorrer ao referido trabalho, intitulado Tecnologia e Competição na Indústria Farmacêutica Brasileira, desenvolvido por Jacob Frankel, Alberto Reis e Leane Naidin.

2. Produção e Importação de Equipamentos, Instrumentos e Materiais Médicos no Brasil

Como se pôde ver, a produção de equipamentos, instrumentos e materiais médicos apresenta duas ordens de importância. A primeira, enquanto influência - e consequência - da prática em si. A segunda, por seus efeitos na esfera da produção propriamente dita, ou seja, sua capacidade de mobilização de recursos e de acumulação de capital.

Embora o objeto deste trabalho seja a avaliação das transformações porque passou a atenção à saúde propriamente dita, e dentro deste tema, mais significativamente, as políticas governamentais para a área, parece necessário, para uma melhor avaliação econômica deste "setor saúde", uma tentativa, precária que seja,

estabelecer as dimensões e comportamentos desta indústria. O esforço realizado tem o sentido de mostrar os contornos - embora vagos - de um dado setor industrial, sugerir caminhos e expor seus tropeços. Não se chegou aqui a uma descrição satisfatória desta indústria; os resultados que se seguem justificam-se principalmente pela inexistência de estudos específicos sobre o tema (23).

A produção de informações estatísticas para a área que nos interessa é muito precária, ou melhor, os produtos aparecem de forma muito agregada, nem sempre sendo possível separar os dados pertinentes. E não existem levantamentos primários com que se possa qualificar e detalhar os dados fornecidos pelo IBGE. A tais dificuldades deve-se acrescentar os problemas enfrentados na manipulação dos dados de importações apresentados pela CACEX, que a partir de 1970 passam a apresentar uma classificação mais detalhada dos produtos, obrigando a adaptações algumas vezes arbitrárias (24).

2.1 Definição da indústria

A "indústria" caracteriza-se pela extrema diversificação quanto ao tamanho dos estabelecimentos, origem de seu capital, tecnologia empregada e linhas de produtos. Vê-se, assim, o cuidado que se deve ter nas generalizações quanto a seu comportamento.

Tentativamente, pode-se dizer que o objetivo aqui é estudar a produção - e importação - dos equipamentos, aparelhos, instrumentos e materiais que funcionam como requisitos materiais diretos para o cuidado à saúde, utilização esta que pode ser feita tanto através de serviços e profissionais especializados quanto pela população em geral. Entretanto, exclui-se deste conjunto os produtos farmacêuticos e produtos químicos tais como inseticidas etc., muito importantes nas ações de saúde pública (25).

A heterogeneidade da indústria e a grande diversificação de produtos obriga a uma classificação que mantenha claras algumas diferenciações essenciais. Considerando não apenas o tipo de produto, como também sua inserção na prestação dos serviços de atenção à saúde optou-se pela seguinte classificação:

O primeiro grupo é composto pelos equipamentos elétricos e eletrônicos, englobando aparelhos de Raio X e outros aparelhos eletrônicos, como eletrocardiógrafos, aparelhos eletrodentários, aparelhos para eletrodiagnósticos, etc. Tratam-se de equipamentos geralmente de alto valor unitário, que utilizam em sua produção e em seu uso processos técnicos bastante sofisticados.

O segundo grupo é composto pelos aparelhos e instrumentos não elétricos, onde o valor unitário é menor e mais simples a tecnologia envolvida na produção e operação. Este grupo engloba um elevado número de produtos, tecnicamente diferenciados entre si, destinados a usos específicos e não substituíveis. Incluiu-se neste grupo certos aparelhos para odontologia e aparelhos para endoscopia em geral. Embora ambos usem eletricidade em seu funcionamento, a tecnologia necessária à sua produção e utilização final é muito mais simples do que a empregada nos equipamentos que compõem o primeiro grupo. Isto, naturalmente, traz problemas no que diz respeito à classificação da produção nacional, mas pareceu que assim ter-se-ia grupos mais homogêneos.

O terceiro grupo é composto pelos materiais de consumo corrente, o que inclui produtos como algodão, gaze, ataduras, seringas, etc., cuja utilização não exige a intermediação dos serviços sociais de atenção à saúde. Não se tem meios — sem uma pesquisa empírica primária — de definir com exatidão que proporção destes produtos é usada "espontaneamente" e que proporção o é "sob prescrição".

Os demais grupos são de importância marginal, tanto em relação ao valor da produção quanto no que diz respeito à participação nos atos médicos. Entretanto, optou-se por separar móveis especiais e aparelhos ortopédicos em categorias distintas exatamente para não influenciar os demais indicadores.

Algumas qualificações devem ser feitas quanto à utilização que fizemos das fontes.

Para as importações os dados são abundantes. A CACEM apresenta, por produtos, o valor FOB em dólares e em cruzeiros, e suas quantidades. A maior dificuldade aqui foi o fato de que em 1970 houve uma mudança geral de classificação, e de cerca de 50 catego-

rias de produto com que se vinha trabalhando, foram descobertas mais de 200, o que significou um esforço de adaptação que nem sempre pôde ser rigoroso. De qualquer forma, obteve-se uma série de 15 anos (1961-1975) relativamente homogênea.

Quanto à produção nacional, o resultado foi muito mais modesto. Para os dados globais se podia dispor do Censo Industrial de 1970 e da Pesquisa Industrial de 1973, também do IBGE. Esta, entretanto, trabalha com uma amostra menor do que o primeiro: assim, o valor da produção apresenta-se subestimado e ademais, a baixa frequência dos produtos levou a que muitos se inserissem em rubricas como "outros" ou então "não especificados". Nos casos de produtos de alto valor unitário, e em que o número de fabricantes é relativamente pequeno, a amostra não varia muito. Aqui foi possível comparar informações dos dois anos, com considerável margem de segurança. Na maioria dos casos, entretanto, tomou-se apenas as informações para 1970, enfrentando-se as inconveniências de não se dispor de qualquer série temporal.

No que se refere à comparação entre nossas classificações e as do IBGE, em praticamente todos os casos existem diferenças. Onde foi possível realizá-las, teve-se acesso imediato a dados da seguinte natureza: mão-de-obra empregada, valor da produção, salários pagos, origem do capital das empresas líderes (nacional ou estrangeiro), indicadores sobre o desempenho do setor (acumulação, rentabilidade, mark-up, etc.), valor de transformação industrial, etc. Em tais casos, portanto, a análise ficou bastante enriquecida.

Acessoriamente, outras classificações foram usadas. A primeira, aquela apresentada pela SPL, que embora se refira a um universo menor que o nosso, nos dá algumas informações adicionais. A segunda, definida segundo a utilização dos produtos, onde tentou-se separar o uso médico do odontológico e do uso não profissional.

2.2 Quadro geral da oferta

A tendência no Brasil acompanha, como seria de se esperar, o movimento internacional, que, como vimos em item anterior, tem

apresentado vigoroso crescimento. Assim, no que toca ao que o trabalho da SPL chama de instrumentos - o que, em nossa classificação, engloba os itens de equipamentos, aparelhos e instrumentos - o Brasil apresentou, entre 1971 e 1976, crescimento superior a 100%. O mercado, para países selecionados, apresentou o seguinte comportamento:

Tabela 56
Mercado de Instrumentos do Setor Médico e Afins
(US\$ milhões)

Países	1971	1976
Estados Unidos	770	1.400
Alemanha	406	760
Japão	365	822
França	105	196
Reino Unido	52	81
Itália	48	90
BRASIL	29	68
Austrália	28	50
Espanha	24	55
Suécia	21	40
Bélgica	20	46
Suiça	20	38
Holanda	19	31
Finlândia	12	30
Iugoslávia	12	30
Áustria	12	28
México	10	21
Noruega	10	25
Israel	10	17
Dinamarca	9	12
Venezuela	7	12
Total	<u>1.989</u>	<u>3.852</u>

Fonte: US Department of Commerce, apud SPL.

Uma parte muito substancial do mercado é suprida por importações, embora a produção brasileira venha se expandindo: a maioria dos materiais, mobiliários, aparelhos ortopédicos já são fornecidos internamente. Mas mesmo aparelhos e instrumentos elétricos e eletrônicos vêm expandindo sua produção interna, como veremos na análise por grupos de produtos.

As importações podem ser analisadas a partir de duas fontes de informação: os dados obtidos diretamente por nossa própria pesquisa e dados apresentados na já referida pesquisa da SPL.

As importações de instrumentos médicos vêm se expandindo no período 71/76. E embora a parcela de instrumentos médicos seja ponderável e levemente crescente se comparámo-la com as importações de instrumentos em geral, ela é insignificante quando tomamos alguns itens representativos da pauta de importações.

As Tabelas 60, 61, 62 e 63, que apresentam os dados obtidos diretamente por nós, apresentam uma agregação ligeiramente distinta, com uma maior visão de conjunto. Observe-se o acentuado crescimento ao longo de todo o período, e a tendência ao aceleração no seu final.

Tabela 57

Importações Brasileiras de Instrumentos no Período 1971-1976

ANOS	Instrumentos de laboratório		Instrumentos de controle de processo industrial		Instrumentos médicos e afins		Total	
	US\$ 1.000	%	US\$ 1.000	%	US\$ 1.000	%	US\$ 1.000	%
1971	34.379	30,4	62.041	54,9	16.648	14,7	113.068	100,0
1972	31.819	26,6	79.589	66,6	8.098	6,8	119.506	100,0
1973	45.526	26,5	99.046	57,8	26.895	15,7	171.467	100,0
1974	41.539	20,2	126.071	61,2	38.432	18,6	206.042	100,0
1975	56.810	19,9	176.610	61,9	51.834	18,2	285.254	100,0
1976	39.843	11,3	251.406	71,5	60.582	17,2	351.831	100,0

Fonte: CACEX, apud SPL.

Tabela 58

Importações Brasileiras de Instrumentos do
Setor Médico e Afins no período 1971-1975.

Discriminação	1971	1972	1973	1974	1975
a) Valores FOB (US\$ 1.000)					
- Diagnóstico	3.366	2.599	4.029	6.279	5.948
- Clínico e cirúrgico	3.616	3.024	6.214	9.438	11.633
- Auxiliares	265	846	125	1.121	894
- Raios-X, rádio cobalto, gamaterapia	7.784	124	14.578	17.678	27.689
- Odontologia	765	699	1.837	2.523	2.824
- Oftalmologia	853	806	112	1.393	2.846
<u>Total:</u>	<u>16.649</u>	<u>8.098</u>	<u>26.895</u>	<u>38.432</u>	<u>51.834</u>
b) Percentagens sobre o total					
- Diagnóstico	20,2	32,1	15,0	16,3	11,5
- Clínico e cirúrgico	21,7	37,3	23,1	24,6	22,4
- Auxiliares	1,6	10,5	0,5	2,9	1,7
- Raios-X, rádio cobalto, gamaterapia	46,8	1,5	54,2	46,0	53,4
- Odontologia	4,6	8,6	6,8	6,6	5,5
- Oftalmologia	5,1	10,0	0,4	3,6	5,5
<u>Total:</u>	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>

Fonte: CACEX, apud SPL.

Tabela 59

Importações Brasileiras de Instrumentos
(Comparações)

Discriminação	1974		1975	
	US\$ milhões	%	US\$ milhões	%
Instrumentos	<u>206</u>	<u>1,6</u>	<u>285</u>	<u>2,3</u>
- Laboratório	42	0,3	57	0,5
- Controle de processos industriais	126	1,0	177	1,4
- Médicos e afins	38	0,3	51	0,4
Produtos Selecionados	<u>7.378</u>	<u>58,4</u>	<u>6.979</u>	<u>57,4</u>
- Produtos minerais	3.042	24,1	3.210	26,4
- Produtos químicos	1.680	13,3	1.439	11,8
- Ferro e aço	1.535	12,2	1.263	10,4
- Material de transporte	635	5,0	694	5,7
- Cereais	486	3,8	373	3,1
Outros	5.051	40,0	4.905	40,3
Total	<u>12.635</u>	<u>100,0</u>	<u>12.169</u>	<u>100,0</u>

Fonte: SPL.

Tabela 60

Importação de aparelhos e equipamentos elétricos e não-elétricos, materiais de uso médico e odontológico, mesas, cadeiras e móveis especiais, artigos ortopédicos em geral, em valores em dólares americanos

	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970
1. Aparelhos e Equipamentos Elétricos										
Raios-X e seus materiais	1.249.623	3.029.307	3.912.609	3.241.840	4.050.553	4.413.553	5.571.568	9.207.834	10.330.918	10.352.943
Uso Médico	1.174.289	2.920.535	3.807.853	3.146.936	4.028.230	4.295.289	5.287.041	9.103.798	10.068.669	10.014.216
Uso Odontológico	75.334	108.772	104.756	94.904	22.323	118.403	284.927	104.036	262.249	888.727
Outros Ap. e Eq. Elétricos	360.268	243.701	297.329	259.720	358.691	739.336	1.225.984	1.769.065	1.751.002	4.309.574
Uso Médico	351.791	229.554	293.716	256.892	348.250	725.319	1.198.717	1.769.065	1.730.358	4.309.549
Uso Odontológico	8.477	14.147	3.613	2.828	10.441	15.017	27.267	-	20.644	25
Total	1.609.891	3.273.008	4.209.938	3.501.560	4.409.244	5.153.028	6.797.952	10.976.899	12.081.920	14.662.512
Uso Médico	1.526.080	3.150.089	4.101.569	3.403.828	4.376.480	5.019.608	6.485.758	10.872.863	11.799.027	14.323.765
Uso Odontológico	83.811	122.919	108.369	97.732	-	-	-	-	-	-
2. Aparelhos e Equipamentos não-Elétricos										
Uso Médico	334.046	901.662	1.144.384	1.006.655	630.018	1.600.290	1.786.289	2.206.713	2.632.187	3.937.380
Uso Odontológico	176.849	208.842	189.642	147.320	110.905	153.741	277.467	336.480	422.622	524.726
Total	510.895	1.110.504	1.334.026	1.153.975	740.923	1.754.031	2.063.756	2.543.193	3.054.809	4.462.056
3. Materiais de uso Med. e Odont.										
Uso Médico	51.599	54.340	58.768	36.854	55.010	117.268	155.028	199.961	237.194	231.882
Uso Odontológico	19.184	26.841	32.829	33.475	18.056	51.740	73.568	182.331	189.795	325.834
Uso Misto	146.145	143.141	164.503	182.074	162.838	458.465	450.453	713.934	949.375	985.738
Total	316.928	324.322	356.100	352.403	335.904	627.473	679.049	1.096.226	1.376.364	1.543.454
4. Mesas, cadeiras e móveis especiais										
Uso Médico	17.713	4.542	4.661	2.287	967	-	27.800	40.409	32.022	34.453
Uso Odontológico	-	-	3.803	685	-	-	2.648	-	635	-
Total	17.713	4.542	8.464	2.972	967	-	30.448	40.409	32.657	34.453
5. Artigos ortopédicos em geral										
Uso Médico	191.181	155.247	208.079	152.977	146.156	259.374	254.008	262.870	328.754	705.723
Uso Odontológico	1.054	7.297	3.122	8.297	3.406	5.548	12.967	9.061	1.971	25.075
Total	192.235	162.544	211.201	161.269	149.562	264.922	266.975	271.931	330.725	730.798
6. Total do Uso Médico	2.720.619	4.265.862	5.517.461	4.602.596	5.208.631	7.050.540	8.708.883	13.662.816	15.029.184	19.571.905
Total do Uso Odontol.	280.898	365.899	502.268	287.509	165.131	394.449	678.844	631.908	927.916	1.215.387
Total do Uso Misto	146.145	143.141	164.503	182.074	162.838	458.465	450.453	713.934	949.375	985.638
Total Geral	3.147.662	4.774.902	6.184.232	5.072.179	5.536.600	7.853.454	9.838.180	15.008.658	16.906.475	20.773.020

Fonte: CACEX.

1140

Importação de Aparelhos, Equipamentos, Instrumentos e Materiais de uso Médico e Afins

Tabela 61

(em Cr\$ corrente)

ITEM	DESCRIÇÃO	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Aparelhos e Equipamentos Elétricos (EXCL. RA'38-X)	Aparelhos eletrodentários	2.157	4.582	2.032	2.295	18.569	33.300	65.705	-	84.474	114	1.538.187	3.418.788	3.044.665	8.003.805	15.221.508
	Aparelhos que utilizam radiação p/baço	-	-	-	-	-	18.972	258.222	2.235.437	368.879	1.373.892	1.338.173	4.188.188	8.953.137	17.087.828	27.109.696
	Aparelhos para eletrocardiograma	33.726	46.435	89.668	173.633	442.791	831.799	1.742.026	3.101.256	4.548.033	11.577.659	2.093.861	2.631.509	2.816.850	6.396.437	9.317.299
	Eletroencefalógrafo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.117.383	2.824.290	3.618.027	5.199.048	6.581.363
	Outros Eletrocardiogramas, Eletroencefalogramas e Eletroencefalogramas etc.	60.498	31.412	61.750	70.438	181.934	499.054	1.002.235	1.543.848	1.933.423	6.455.693	17.889.478	19.043.745	16.971.295	29.136.178	46.294.398
TOTAL	96.381	82.439	153.450	245.356	643.294	1.403.145	3.070.328	5.480.521	6.976.787	19.306.160	25.377.042	23.098.380	37.604.074	71.555.273	112.167.373	
Aparelhos e Equipamentos Elétricos RA'38-X e seus Materiais	Aparelhos complexos de raios-X	180.950	217.836	751.144	967.074	2.242.409	3.131.519	5.470.029	18.733.841	20.340.148	22.896.131	34.230.967	58.407.964	88.082.310	87.481.566	152.375.126
	Chapas e Filmes virgens p/raio-X	-	688.032	1.088.591	1.748.127	4.742.310	5.448.845	6.374.110	8.415.891	16.874.188	17.850.217	27.224.325	31.437.275	49.022.893	64.759.660	81.795.075
	Partes, peças e acessórios	69.778	92.756	183.846	188.626	501.562	981.503	1.787.067	2.858.038	3.895.846	6.442.660	8.226.884	11.160.128	17.213.407	23.788.257	42.283.244
	Materiais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	TOTAL	260.728	978.624	2.003.781	2.903.825	7.486.281	9.561.867	14.431.206	20.207.778	41.110.202	47.189.008	69.727.696	103.273.626	134.864.942	178.029.483	276.253.645
Aparelhos e Equipamentos Não-Elétricos	Ap. e Eq. Não-Elétricos p/uso médico	217.737	308.271	585.123	892.915	1.018.201	1.441.369	4.537.456	7.293.205	10.407.134	17.795.132	26.278.750	34.647.157	50.312.396	83.134.172	126.021.297
	Ap. e Eq. Não-Elétricos p/uso odontológico	41.820	64.754	98.408	134.578	190.067	334.104	715.603	1.079.822	1.676.718	2.365.973	1.152.172	1.537.069	1.652.565	2.127.480	4.230.683
	TOTAL	259.557	373.025	683.531	1.027.493	1.208.268	1.775.473	5.253.059	8.373.528	12.083.852	20.161.105	27.430.922	36.184.226	51.964.961	85.261.652	130.251.980
Nesse, Cadentes e Móveis Especiais	Cadeiras de Dentista	-	-	1.084	429	-	-	7.190	-	2.432	-	50.933	58.846	238.335	282.421	300.925
	Móveis p/uso Médico-Cirúrgico	1.727	1.567	2.214	1.874	1.789	-	65.07	126.607	126.989	156.764	761.358	741.356	607.310	2.790.713	2.093.537
	TOTAL	1.727	1.567	2.214	1.874	1.789	-	72.26	126.607	129.421	156.764	812.291	800.202	1.045.645	2.673.132	2.394.452

ILEGIVEL

Tabela 61 (cont.)

		1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Materiais de Uso Médico, Cirúrgico, Odontológico e Plástico	Agulhas e Seringas em Geral	5.732	12.529	31.253	59.420	85.701	182.070	314.791	414.576	1.038.006	1.752.943	3.908.818	7.520.096	13.491.795	21.554.835	28.372.799
	Material Cirúrgico (sut.p./suturas e sonda)	18.437	22.161	31.170	50.728	105.185	307.068	395.720	609.137	1.002.727	949.713	4.209.175	7.137.821	12.455.867	18.354.331	29.168.987
	Materiais de Uso Plástico (Alumínio, Plástico, etc.)	30.253	38.702	148.992	126.985	214.045	867.117	930.567	1.935.400	2.905.334	3.025.282	1.018.756	3.722.337	3.340.741	3.315.347	4.674.495
	Materiais de Uso Odontológico	4.793	9.144	18.261	35.472	32.522	113.540	193.669	605.570	753.001	1.479.607	2.537.253	4.017.275	5.701.855	10.277.294	10.716.558
	TOTAL	59.215	82.536	229.676	272.605	437.453	1.469.795	1.834.747	3.586.683	5.699.313	7.207.545	11.674.062	20.533.478	31.969.678	53.961.607	72.892.835
Artigos Orto- pédicos em Geral	Aparatos para Bases (incl. Placas Especiais)	35.439	42.406	86.477	109.678	212.767	393.251	547.271	584.271	906.822	1.877.617	2.229.819	2.432.720	4.444.485	6.690.810	14.077.164
	Dentes Artificiais	289	2.652	1.777	6.961	5.853	12.307	33.373	30.339	7.454	114.154	726.100	251.350	442.844	524.271	436.414
	Qualquer outros Ap. Ortopédicos	9.846	9.300	20.383	38.871	45.430	178.205	119.224	249.940	394.514	1.277.077	2.409.093	4.293.620	9.562.915	12.659.174	15.749.794
	TOTAL	45.574	54.358	108.637	155.510	264.050	583.763	700.274	884.554	1.308.722	3.268.848	5.365.112	7.177.790	14.650.244	19.874.255	30.263.372

Fonte: CAGEX.

ILEGÍVEL

1142

Tabela 62

Importação de Aparelhos, Equipamentos, Instrumentos e Materiais de Uso Médico e Afins
(em Cr\$ correntes e em Cr\$ de 1976)

	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968
Valor em Cr\$ correntes								
Aparelhos de Raios-X, Partes e Peças	260.738	978.624	2.003.781	2.903.825	7.486.281	9.561.867	14.431.206	30.207.778
Aparelhos e Equipamentos Elétricos	76.381	82.639	153.450	245.366	643.294	1.603.145	3.070.328	5.680.521
Aparelhos e Equipamentos Não-Elétricos	259.557	373.025	683.531	1.027.493	1.209.268	3.775.473	5.253.055	8.373.529
Materiais de uso Médico, Odontológico e Misto	59.431	82.536	229.076	272.605	437.453	1.469.795	1.834.747	3.584.683
Mesas, Cadeiras e Móveis Especiais	1.727	1.567	2.214	1.874	1.789	-	72.261	126.607
Aparelhos Ortopédicos (Incl. ap. de surdez)	44.573	54.268	108.837	155.510	264.050	581.763	700.270	864.456
TOTAL	702.407	1.572.659	3.180.899	4.606.663	10.042.135	16.992.043	25.361.867	48.837.574
Valor em Cr\$ de 1976								
Aparelhos de Raios-X, Partes e Peças	25.854.780	61.408.656	71.715.322	54.562.872	89.685.646	83.054.377	97.641.540	164.541.767
Aparelhos e Equipamentos Elétricos	7.573.940	5.185.597	5.491.975	4.610.239	7.706.662	13.924.917	20.773.839	30.941.798
Aparelhos e Equipamentos Não-Elétricos	25.737.672	23.407.319	24.463.574	19.306.393	14.487.031	32.793.758	35.542.170	45.610.612
Materiais de Uso Médico, Odontológico e Misto	5.893.178	5.179.134	8.198.630	5.122.248	5.240.687	12.766.639	12.413.898	19.525.768
Mesas, Cadeiras e Móveis Especiais	171.240	98.329	79.239	35.212	21.432	-	488.918	689.628
Aparelhos Ortopédicos (Incl. ap. de surdez)	4.419.859	3.405.317	3.695.276	2.922.033	3.163.319	5.053.193	4.738.027	4.708.692
TOTAL	69.650.678	98.684.352	113.844.017	86.559.198	120.304.777	147.592.885	171.598.392	266.018.266

Tabela 62 (continuação)

	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	
Valor em Cr\$ correntes	Aparelhos de Raios-X, Partes e Peças	41.110.202	47.189.008	69.727.698	103.273.626	134.864.942	178.029.483	276.353.445
	Aparelhos e Equipamentos Elétricos	6.974.787	19.306.160	25.377.042	32.098.380	37.404.074	71.553.273	112.167.373
	Aparelhos e Equipamentos Não-Elétricos	12.083.852	20.161.105	27.430.922	38.184.426	51.965.961	88.261.652	130.251.980
	Materiais de Uso Médico, Odontológico e Misto	5.699.313	7.207.545	11.674.062	20.533.678	33.560.678	53.503.807	72.892.835
	Mesas, Cadeiras e Móveis Especiais	129.421	156.764	812.291	820.202	1.045.645	2.673.132	2.394.452
	Aparelhos Ortopédicos (Incl. ap. de surdez)	1.308.992	3.268.848	5.365.112	6.976.990	14.650.244	19.385.255	30.263.378
	TOTAL	67.306.567	97.289.430	140.387.127	201.887.052	273.500.544	413.406.602	624.233.463
Valor em Cr\$ de 1976	Aparelhos de Raios-X, Partes e Peças	185.407.011	177.606.615	217.968.784	276.050.402	313.156.395	321.165.187	390.487.418
	Aparelhos e Equipamentos Elétricos	31.456.289	72.687.692	70.328.633	85.798.670	86.852.260	129.082.104	158.492.498
	Aparelhos e Equipamentos Não-Elétricos	54.498.172	75.906.560	85.749.062	102.066.971	120.664.961	159.224.020	184.046.048
	Materiais de Uso Médico, Odontológico e Misto	25.703.902	27.136.407	36.493.118	54.885.853	77.948.792	96.520.868	102.997.576
	Mesas, Cadeiras e Móveis Especiais	583.689	590.225	2.539.222	2.192.400	2.427.958	4.822.330	3.383.361
	Aparelhos Ortopédicos (Incl. ap. de surdez)	5.903.554	12.307.313	16.771.340	18.649.494	34.017.867	34.971.000	42.762.153
	TOTAL	303.552.617	366.294.704	438.850.159	539.644.090	635.068.284	745.785.510	882.169.053

Fonte: CACEX.

Obs.: Deflator utilizado: coluna 2, Conj. Econômica.

mos Real

10

	1961	1962		54	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Aparelhos de Raios-X Partes e Peças	100,0	242,4	27	,0	346,9	321,2	377,6	636,4	717,1	636,9	834,0	1067,7	1211,2	1242,2	1510,3
Aparelhos e Equipamentos Elétricos	100,0	68,5	75,5	51,9	101,7	133,8	274,3	408,5	415,3	959,7	1047,4	1132,8	1146,7	1704,3	2092,6
Aparelhos e Equipamentos Não-Elétricos	100,0	90,9	95,0	75,0	56,3	127,4	139,1	177,2	211,7	294,9	333,2	396,6	469,8	618,6	715,1
Materiais de Uso Médico, Odontológico e Misto	100,0	87,9	139,1	86,9	88,9	216,6	210,6	313,3	436,2	460,5	619,3	931,4	1322,7	1637,9	1747,8
Mesas, Cadeiras e Móveis Especiais	100,0	57,3	46,2	20,5	12,3	-	286,0	403,5	341,5	345,0	1484,8	1281,9	1419,9	2819,9	1978,4
Aparelhos Ortopédicos (Incl. Surdez)	100,0	77,0	88,1	66,1	71,6	114,3	107,2	106,5	133,6	278,4	379,4	421,9	769,6	791,2	967,5
Total	100,0	143,5	163,4	124,3	172,7	211,9	246,4	381,9	435,6	525,9	630,1	774,8	911,8	1070,7	1266,5

Fonte: CACEX.

Handwritten note: Média anual

1145

Quanto à produção nacional, como se disse antes, a disponibilidade de dados é muito menor. Com as ressalvas já feitas quanto à composição do universo, os dados globais que temos são os apresentados na Tabela 64.

Apesar do elevado valor unitário dos instrumentos elétricos, as características de um quase "mercado de massa" asseguram aos materiais de consumo a maior parte do consumo aparente na indústria de equipamentos médicos no Brasil.

O componente importado é mais importante que a produção nacional apenas nos aparelhos de Raios-X, e a divisão é mais ou menos paritária nos equipamentos não elétricos. Nos demais ramos, incluindo os equipamentos elétricos (excluindo Raios-X), a indústria nacional supre largamente a demanda corrente já em 1970.

Isto sugere duas ordens de conclusões. A primeira é que, em virtude da diversificação da indústria nacional decorrente da rápida ampliação do mercado a partir de 1968/69, na década de 70 a participação das importações deve ter diminuído significativamente em termos relativos, principalmente a partir da forte proteção externa implantada com o depósito prévio para importações.

A segunda observação é de que a indústria nacional já em 1970 ocupava parcela significativa do mercado para aqueles produtos mais "intensos" em capital e tecnologia. No ramo de eletromédicos em geral a indústria nacional já era majoritária, e começava a entrar na produção de aparelhos de Raios-X. Neste último ramo ainda era grande a dependência do exterior em relação a partes e peças e filmes apropriados para radiografia, e a produção nacional concentrava-se nos aparelhos completos. De qualquer forma, é importante notar que neste movimento desempenharam importante papel as indústrias estrangeiras recém-instaladas no Brasil, principalmente no ramo da metalurgia leve e indústria eletro-eletrônica.

Indústria de Fabricação de Equipamentos, Instrumentos, Aparelhos e Utensílios Cirúrgicos e de Laboratório
Índices Industriais selecionados, segundo ramos Industriais 1970-1973

ÍNDICE	RAMO 13.53 APARELHOS E UTENSÍLIOS ELÉTRICOS E ELETRÔNICOS (1)				RAMO 30.02 APARELHOS, INSTRUMENTOS E UTENSÍLIOS NÃO ELÉTRICOS (2)				RAMO 30.12 MATERIAL PARA USO EM MEDICINA, CIRURGIA E ODONTOLOGIA (3)			
	1970		1973		1970		1973		1970		1973	
	4 maio- res	Total da ind.	4 maio- res	Total da ind.	4 maio- res	Total da ind.	4 maio- res	Total da ind.	4 maio- res	Total da ind.	4 maio- res	Total da ind.
1. Número de estabelecimentos (NEST)	4	51	4	65	4	44	4	36	4	38	4	57
2. Tx. de Concentração do VP (TVCP)	37.9		50.4		40.1		43.8		56.4		60.9	
3. Valor da Produção (VP)	30172	79535	89708	171043	10600	26432	33149	75674	81722	144803	232131	381775
4. Pessoal Ocupado Total (PO)	795	2271	718	1916	395	1115	498	1547	1394	3299	3146	5604
5. Pessoal Ocupado na Produção (POP)	621	1822	484	1395	312	905	371	1247	1167	2647	2326	4947
6. Salários Totais (S)	5931	15706	9792	26468	2397	5674	7671	17231	11612	18171	59307	83564
7. Salários Pagos na Produção (SP)	4329	10853	6317	15959	1436	3677	4163	10389	7615	12548	32532	46006
8. Valor da Transf. Industrial (VTI)	20931	51076	45796	97586	8289	19994	20000	50583	60354	102208	143369	229603
9. Investimentos (I)	340	4742	2602	8417	261	1087	2475	5922	4857	7967	15036	28980
10. Capital (K)	4815	17405	9043	26130	2419	5533	8576	21481	11267	24451	80258	130493
11. Taxa de Acumulação (TA)	0.08	0.37	0.40	0.48	0.12	0.24	0.41	0.38	0.76	0.48	0.23	0.29
12. Mark-up (MUp)	1.22	1.02			1.83	1.61			1.02	1.63		
13. Rentabilidade Bruta (RB)	3.45	2.31	4.37	3.13	2.83	2.05	2.08	1.87	4.68	3.67	1.38	1.41
14. Origem do Capital (ORX)	0.		1.00		2.00		1.00		3.00		1.00	
	(1) O Censo Industrial de 1970 indica um VP total para o ramo de 48,7 milhões de cruzeiros. Cerca de 59% do VP era constituído pelos aparelhos eletrodentários e pelos aparelhos eletrotécnicos e de galvanizações. Apareciam ainda aparelhos elétricos para laboratórios, eletrocirúrgicos, eletrodiagnóstico, eletroterapêuticos, raios-x e outras máquinas e aparelhos elétricos para uso hospitalar.				(2) Segundo o censo de 70 o VP total para o ramo é de 20,7 milhões. Os produtos mais importantes são os aparelhos para cirurgia (excl. canas articuladas) e aparelhos para laboratório (excl. copos graduados e tubos de ensaio), com 42% do VP. Apareciam ainda ap. para medir pressão arterial, para uso odontológico e veterinário e outros aparelhos e outros aparelhos não especificados.				(3) Segundo o Censo Industrial de 70, tinha um VP total de 80,4 milhões, e os produtos mais frequentes eram alodurais, gases e esparadrapos, respondendo por 67% do VP. Apareciam ainda agulhas p/injeção, algodão hidrófilo, dentes artificiais, sondas e serrelhantes e não especificados.			

	RAMO 10.74				RAMO 30.11			
	1970		1973		1970		1973	
	4 maio- res	Total da ind.	4 maio- res	Total da ind.	4 maio- res	Total da ind.	4 maio- res	Total da ind.
1. Número de estabelecimentos (NEST)	4	16	4	14	4	35	4	27
2. Tx. de Concentração do VP (TVCP)	70.0	70.0	79.0	79.0	39.2	39.2	42.2	42.2
3. Valor da Produção (VP)	1357.9	1940.4	1906.0	2412.3	2985.5	861.2	537.2	1273.8
4. Pessoal Ocupado Total (PO)	406	767	505	601	105	463	123	393
5. Pessoal Ocupado na Produção (POP)	356	673	454	521	93	388	94	291
6. Salários Totais (S)	2377	3936	5302	6388	568	2034	922	3225
7. Salários Pagos na Produção (SP)	1488	2756	3479	3963	376	1358	606	2035
8. Valor da Transf. Industrial (VTI)	1056.2	1428.7	1338.1	1647.0	1538	4729	2543	7473
9. Investimentos (I)	1168	1197	3974	4021	521	609	715	390
10. Capital (K)	2819	5287	1299.1	1369.6	1237	1937	2249	3135
11. Taxa de Acumulação (TA)	0.71	0.29	0.44	0.42	0.73	0.46	0.47	0.39
12. (MUp)	2.01	1.46	1.08	1.08	0.64	0.79	0.56	0.74
13. Rentabilidade Bruta (RB)	3.22	2.18	0.76	0.91	0.94	1.74	0.86	1.71
14. Origem do Capital (ORX)	2.	2.	1.00	0.	0.	0.	0.0	0.0

Fonte: Tavares, M.C., e outros: Empresas líderes e estrutura industrial; FINEP, 1978.

Tabela 65

O Quadro Geral do Mercado em 1970
(Cr\$ 1.000,00)

	Produção Nacional (1)	Importações (2)	Total	%	$\frac{(1)}{(1)+(2)}$
Raios-X	3 874	47 189	51 063	16,9	7,6
Aparelhos Elétricos	39 544	19 306	58 850	19,5	67,2
Ap. não Elétricos	22 518	20 161	42 679	14,1	52,8
Materiais	110 603	7 207	117 810	39,0	93,9
Ap. Ortopédicos	9 982	3 269	13 251	4,4	75,3
Móveis Especiais	18 079	157	18 236	6,1	99,1
TOTAL	204 600	97 289	301 889	100,0	

Fontes: (1) IBGE; Censo Industrial 1970
(2) CACEX.

2.3 Análise por grupos de produtos

a) Aparelhos e instrumentos elétricos e eletrônicos

A maior parte deste mercado vem sendo suprida por importações, embora já se perceba um aumento sensível da produção nacional; as principais firmas neste grupo são filiais de empresas multinacionais.

É este grupo uma das principais frentes da inovação tecnológica na indústria médica; e certamente, os seus produtos vêm tendo grande influência na transformação da prática médica, principalmente nos países mais desenvolvidos. O aumento no uso de tais produtos coloca problemas quanto à atenção à saúde que se desenvolve no Brasil, dadas as diferenças evidentes e reconhecidas entre os quadros nosológicos das populações nos países subdesenvolvidos e nos países desenvolvidos.

A maior "densidade" tecnológica não está situada nos aparelhos de Raios-X, como poderia parecer à primeira vista, mas em outros aparelhos elétricos e eletrônicos. As importações de ambos tipos de produtos vêm crescendo a taxas semelhantes; também em ambos estão presentes modificações tecnológicas, mas enquanto a técnica do Raio-X é bastante conhecida há muito tempo, sendo as mudanças basicamente acessórias, as transformações no item "outros aparelhos e instrumentos elétricos" são muito mais profundas, significando o surgimento de novos produtos, como unidades de tratamento intensivo, aparelhos de ecodiagnóstico etc., que penetraram no mercado mais recentemente.

No que toca a produção nacional, é particularmente importante a presença de empresas estrangeiras de grande porte. As retabulações do Censo Industrial de 1970, do IBGE, indicavam que as quatro maiores empresas do ramo, em termos de valor da produção industrial, eram de capital majoritariamente estrangeiro; já em 1973 as retabulações da Pesquisa Industrial, do IBGE, indicavam a presença de uma empresa nacional entre as quatro maiores.

Quanto às empresas estrangeiras, o caso mais comum parece ser aquele em que a produção destes equipamentos constitui apenas um dos ramos de operação e raramente o mais importante, sendo

este departamento específico geralmente criado após a empresa se encontrar firmemente instalada em outros mercados. No caso das empresas nacionais, um trajeto bastante significativo é aquele em que a produção interna surge como decorrência de prévias atividades de importação, sendo a comercialização, assim, um pré-requisito importante na atividade industrial. Embora tal caminho seja freqüente para outros ramos e setores, observe-se aqui uma peculiaridade deste mercado: se bem que a maior parte dos hospitais brasileiros seja privada, é conhecido o fato de que os hospitais oficiais são melhor equipados; o mercado institucional é, portanto de enorme importância; e dentro dele, o atual INAMPS ocupa posição oligopsonista.

Segundo as mesmas fontes referidas acima, as 51 empresas do setor investiram em 1970 cerca de 5 milhões de cruzeiros (correntes), assegurando uma taxa de acumulação de 37% e uma elevada rentabilidade bruta: 237%. Considerando estes indicadores, pode-se afirmar que o setor desfruta de situação privilegiada frente aos outros grupos de produtos médicos.

Este setor é responsável pela produção de uma variada gama de instrumentos e equipamentos. Como os Raios-X representam cerca de 50% do mercado, serão tratados em separado.

a.1) Aparelhos de Raios-X

Embora a tecnologia de produção de aparelhos de Raios-X seja bastante difundida, a maior parte da demanda nacional é suprida no exterior.

Tabela 66

Origem da Oferta de Aparelhos de Raios-X
(Em %)

Aparelhos Completos	1970	1973
Prod. Nacional	14,5	16,5
Importações	85,5	83,5

Fontes: IBGE, Censo Industrial 1970;
Pesquisa Industrial 1973;
CACEX.

A produção nacional vem crescendo de forma a substituir parcela crescente da importação de aparelhos completos de radiografia, sem que isto signifique, contudo, diminuição em termos absolutos do montante importado. Mas os aparelhos completos representam a parcela geralmente menor do montante de importações nesta rubrica, que compreende ainda partes e peças, chapas e filmes e demais materiais de consumo corrente. Entretanto, as importações dos aparelhos completos crescem a uma taxa mais elevada que as de chapas e filmes, partes e peças; embora o volume importado nestes itens seja crescente em termos absolutos, a parcela que representam no volume de importações é claramente declinante no período observado.

Tabela 67

Composição das Importações - Anos Selecionados
(em %)

	1962	1965	1969	1971	1974	1975
Aparelhos Completos	22.3	29.9	49.5	49.1	49.2	55.2
Chapas e Filmes	70.3	63.3	41.0	39.0	37.5	15.3
Partes e Peças	9.4	6.8	9.5	11.9	13.4	18.2

Fonte: CACEX

A produção nacional, medida em milhares de cruzeiros de 1976, passou de Cr\$ 299.449,00 em 1970 para Cr\$ 413.427,00 em 1973, o que representa um salto de 38% em três anos. Sem distar muito dos dados do total da indústria de transformação, esta evolução não deixa de ser modesta para a indústria de equipamentos, se considerarmos que o ramo de equipamentos não elétricos aumentou o valor da produção de 76% em igual período.

As importações de aparelhos e materiais de Raios-X cresceram de forma muito acentuada desde 1961:

Tabela 68

Evolução das Importações de Raios-X e seus Materiais
(Valores Deflacionados pela coluna 2, IPA).1961-100.

1961	100	1966	321.2	1971	834.0
1962	242.4	1967	377.6	1972	1067.7
1963	277.4	1968	636.4	1973	1211.2
1964	211.0	1969	717.1	1974	1242.2
1965	346.7	1970	686.9	1975	1510.3

Fonte: CACEX

a.2) Outros aparelhos e equipamentos elétricos

Esta rubrica inclui os aparelhos elétricos e eletrônicos para uso médico-cirúrgico, dentário e terapêutico e de diagnóstico em geral. Apesar de sua densidade tecnológica, consideravelmente elevada em alguns deles, cerca de 70% do consumo aparente era suprido por produtores nacionais já em 1970. A crescente diversificação da indústria nacional, que pode ser verificada através do exame dos catálogos das empresas, deve ter diminuído ainda mais o coeficiente importado destes ramos no período recente. Alguns produtos importantes da pauta de importações, como os marca-passos cardíacos, por exemplo, já estão sendo produzidos por pelo menos duas empresas nacionais.

Tabela 69

Equipamentos Elétricos
Composição do Consumo Aparente - 1970
(Cr\$ 1.000 correntes)

Produção Nacional	39 544	67.2%
Importações	19 306	32.8%
Total	58 850	100.0%

Fontes: IBGE, Censo Industrial 1970; CACEX

O montante das importações, contudo, continua crescendo em termos reais, conforme ilustra a tabela abaixo:

Tabela 70

Importações de Equipamentos Elétricos
Evolução Real (IPA) (1961= 100)

1961	100.0	1966	183.8	1971	1047.4
1962	68.5	1967	274.3	1972	1132.8
1963	72.5	1968	408.5	1973	1146.7
1964	60.9	1969	415.3	1974	1704.3
1965	101.7	1970	959.7	1975	2092.6

Fonte: CACEX

Observa-se que o valor das importações declina no início do período, e depois cresce rapidamente a partir de 1968/70, tendência que também se manifesta em outros ramos; isto sugere um certo grau de correlação entre a política de compras das empresas do ramo (incluindo as agências governamentais) e o nível de atividade econômica global. Pode-se supor que esta correlação se verifica não tanto ao nível dos movimentos da "demanda agregada" por serviços de saúde, mas sim ao nível do estrangulamento ou liberação da capacidade para importar, a influir sobre os preços de importação e/ou facilidades de crédito para comprar no exterior.

Quanto à produção interna, sua composição em 1970 indicava uma forte participação dos aparelhos eletrodentários - 46%. Esta concentração tende a desaparecer com o aumento da capacidade de diversificação da produção nacional.

Na estrutura das importações, é bastante importante a posição ocupada pelos aparelhos de eletrodiagnóstico, que em 1970 respondiam por 60% do valor total das importações no ramo. Mais recentemente ganharam grande importância os aparelhos de radiação para terapia (curieterapia, cobaltoterapia, etc), que em 1975 já respondiam por cerca de 25% daquele total.

b) Aparelhos e instrumentos não-elétricos

Ao que parece, este é o setor da indústria de equipamentos hospitalares onde a produção é mais diferenciada, constituindo-se, em grande parte, de instrumentos de valor unitário relativamente pequeno e de consumo difundido. Esta diversidade reflete-se nos dados empíricos disponíveis sobre a produção destes instrumentos: a maior parte do valor da produção do setor é creditada a aparelhos "não discriminados" ou "não especificados", como veremos adiante.

As quatro maiores empresas do setor respondiam, no início dos anos 70, por cerca de 40% do valor da produção, correspondendo ao menor índice de concentração entre os setores da indústria de equipamentos (contra 50% nos aparelhos elétricos e quase 60% nos materiais de consumo). Isto pode sugerir que a diferenciação dos produtos é acompanhada por uma especialização relativa das empresas num ramo de produção.

Entre sete grandes empresas identificadas no setor (Quinelato S/A, Narcome S/A, Gaúcha de Instrumentos Cirúrgicos S.A., Dabi Atlante S/A, Dental S/A e Dentart S/A) as três últimas se especializam exclusivamente em instrumentos para uso em odontologia. Este setor, diga-se de passagem, parece ser aquele em que é mais importante a produção de instrumentos odontológicos em relação à produção global.

Tabela 71

Aparelhos e Instrumentos não Elétricos
Composição da Produção Nacional em 1970
 (Cr\$ 1.000,00)

Produto	Cr\$ 1.000,00	%
Aparelhos para cirurgia	5 408	24,0
Aparelhos para odontologia	2 418	10,7
Aparelhos médicos não-especificados	6 845	30,4
Outros	7 847	34,9
TOTAL	22 518	100,0

Fonte: IBGE, Censo Industrial 1970.

No início da década de 70 a produção nacional já respondia por mais de 50% da demanda. O montante das importações, como veremos mais adiante, crescia a taxas relativamente modestas no que toca os equipamentos, depois de um longo período de estagnação na primeira metade dos anos 60. Entre 1970 e 1973 a produção nacional cresceu 76% em termos reais, enquanto que as importações cresciam em 59%. O resultado líquido foi a diminuição da parcela importada no total do consumo aparente.

Tabela 72

Composição do Consumo Aparente
(Cr\$ 1.000,00 de 1976)

	1970		1973	
	Cr\$	%	Cr\$	%
Produção Nacional	99 516	56,7	175 715	59,3
Importações	75 907	43,3	120 665	40,7
TOTAL	175 423	100,0	296 380	100,0

Fontes: CACEX; IBGE: Censo Industrial 1970,
Pesquisa Industrial 1973.

Tabela 73

Evolução das Importações de Equipamentos não Elétricos
1961 = 100 (Deflator Implícito - IPA)

1961	100,0	1966	127,4	1971	333,2
1962	90,0	1967	138,1	1972	396,6
1963	95,0	1968	177,2	1973	468,8
1964	75,0	1969	211,7	1974	618,6
1965	56,3	1970	294,9	1975	715,1

Fonte: CACEX

c) Materiais de consumo corrente

Este grupo de produtos apresenta uma série de peculiaridades que o diferencia bastante dos demais componentes do mercado. Engloba produtos de baixo valor unitário e de amplo consumo, constituindo, em nossa classificação, a maior parcela do mercado em termos de valor da oferta agregada (produção nacional e importações). Para os nossos propósitos centrais - avaliação do comportamento das instituições prestadoras de serviços de saúde - sua comparação com os demais grupos oferece algumas dificuldades, pois boa parte de seus produtos - aqueles que denominamos de "uso misto" - não depende da intermediação de tais instituições para a efetivação de seu consumo. (É o caso, por exemplo, do algodão, gaze, ataduras, etc). E estes produtos, aliás, respondiam por cerca de 65% do valor da produção nacional neste grupo, em 1970.

É evidente a auto-suficiência da indústria nacional. Já em 1970 as importações concorriam com apenas 6% do consumo aparente. Dos grupos que compõem a indústria ora analisada é justamente este o que apresenta o mais elevado grau de concentração da produção nos 4 maiores estabelecimentos - cerca de 60% do início da década de 70; destes, três eram empresas estrangeiras: Johnson & Johnson, Becton Dickinson e Ibras CBO.

É neste grupo de produtos onde se situa outra grande fronteira de inovações tecnológicas da indústria nesta década: os produtos descartáveis. Destes, a produção nacional tem dado maior ênfase às agulhas e seringas, para as quais já existe um enorme mercado, o que tem como consequência o sucateamento progressivo dos produtos tradicionais. A produção nacional vem sendo feita pelo menos desde 1976, com duplo apoio do setor público: financiamento da instalação industrial pelo BNDE e pela CEF, e garantia de aquisição de boa parte da produção pelo INPS.

Tabela 74

Composição de Produção Nacional em 1970
(Cr\$ 1.000,00)

Produto	Valor da Produção	%
Material Cirúrgico em Geral	17.634	15,9
Material de Uso Misto	71.655	64,7
Agulhas e Seringas	11.255	10,2
Outros	10.159	9,2
TOTAL	110.603	100,0

Fonte: IBGE, Censo Industrial 1970.

A análise da estrutura das importações revela que a participação dos materiais de uso misto decresce rapidamente, caindo em termos absolutos, em consequência do aumento da produção nacional. Com isso cresce a importância relativa dos materiais cirúrgicos e odontológicos, que contudo não apresentam grandes saltos em termos de valor absoluto. Note-se a importância adquirida no período recente pelo tópicos Agulhas e Seringas, com a entrada das descartáveis no mercado.

Tabela 75

Evolução da Estrutura das Importações (%)	1965-70-75		
	1965	1970	1970
Material Cirúrgico	24,1	13,2	40,0
Material de Uso Misto	48,9	42,0	6,4
Agulhas e Seringas	19,6	24,3	38,9
Material Odontológico	7,4	20,5	14,7
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Fonte: CACEX

A evolução do montante real das importações no grupo de materiais não difere muito das demais séries; as importações neste grupo aumentam mais que a de aparelhos de Raios-X e menos que a dos demais equipamentos elétricos, permanecendo, entretanto, acima da média da taxa de crescimento das importações para o total da indústria. Da mesma forma que nos outros grupos, o total das importações caiu ou manteve-se estagnado em termos reais na primeira metade dos anos 60 para experimentar um rápido crescimento a partir de 68/69.

Tabela 76

Evolução das Importações de Material de Consumo Corrente
1961 = 100. Deflator Implícito: Coluna 2

1961	100,0	1966	216,6	1971	619,3
1962	87,9	1967	210,6	1972	931,4
1963	139,1	1968	313,3	1973	1322,7
1964	86,9	1969	436,2	1974	1637,9
1965	88,9	1970	460,5	1975	1747,8

Fonte: CACEX

d) Móveis especiais para uso médico-cirúrgico

No que toca à produção nacional, pelo menos nove empresas - segundo informações da ABIMO - produzem mesas, cadeiras e outros móveis especiais, incluindo camas e mesas articuladas, móveis comuns de metal e de madeira e cadeiras de dentista.

O valor da produção nacional é relativamente reduzido; o valor das importações é praticamente desprezível. Ademais, as estatísticas disponíveis não permitem discriminar os dados referentes a este grupo, o que dificulta a análise da composição da produção; não é possível, por exemplo, isolar o valor da produção referente a cadeiras de dentista, que se supõe representar a maior parte da rubrica "Outros móveis" constante da Tabela 78.

Tabela 77

Estrutura do Consumo Aparente - 1970
Móveis especiais para uso médico-cirúrgico
(Cr\$ 1.000,00)

Origem	Valor	%
Produção Nacional	18.079	99,1
Importações	157	0,9
TOTAL	18.236	100,0

Fontes: CACEX e IBGE, Censo Industrial 1970

As retabulações do IBGE a quatro dígitos não discriminam este grupo de produtos, o que nos privou de uma análise mais completa da produção nacional. Ademais, a amostra utilizada pelo IBGE na Pesquisa Industrial 1973 é muito reduzida para este grupo de produtos, não permitindo assim a comparação com os dados de 1970. Desta forma, ficamos restritos às seguintes informações:

Tabela 78

Estrutura da Produção Nacional - 1970
Móveis especiais para uso médico-cirúrgico
(Cr\$ 1.000,00)

Produto	Valor da Produção	%
Mesas articuladas	5 440	30,1
Camas articuladas	7 147	39,5
Outros móveis	5 492	30,4
TOTAL	18 079	100,0

Fonte: IBGE, Censo Industrial 1970

e) Artigos ortopédicos em geral

Neste grupo - o menos importante da indústria em termos de valor da produção - estão reunidos, além dos artigos ortopédicos em geral e aparelhos para a correção de defeitos físicos, dentes artificiais e aparelhos para surdez. Estes últimos, entretanto, por apresentarem características bastante diferentes do conjunto, serão analisados separadamente.

e.1) Artigos ortopédicos em geral, dentes artificiais

A demanda corrente pelos artigos que compõem este grupo é suprida em cerca de 80% pela produção nacional. Baumer e Ortopedia Alberto Ltda. são as maiores empresas no ramo. As indicações estatísticas que obtivemos, no entanto, mostram pouco dinamismo na produção; isto talvez se deva ao fato de que a grande parte da produção se faz geralmente em pequenas oficinas, de forma artesanal, o que dificulta a avaliação e a quantificação.

Tabela 79

Estrutura do Consumo Aparente - 1970
Artigos Ortopédicos em Geral
(Cr\$ 1.000,00)

Origem	Valor	%
Produção Nacional	5.794	80,6
Importações	1.391	19,4
TOTAL	7.185	100,0

Fontes: CACEX; IBGE, Censo Industrial 1970.

Obs.: Não inclui dentes artificiais.

Para 1970, a produção nacional concentrava-se nos aparelhos para correção de defeitos físicos, ocorrendo também uma participação significativa da fabricação de dentes artificiais:

Tabela 80

Estrutura da Produção Nacional - 1970
 Aparelhos Ortopédicos em Geral e Dentes Artificiais
 (Cr\$ 1.000,00)

Produtos	Valor da Produção	%
Aparelhos para correção de defeitos físicos	5 501	55,1
Aparelhos de fisioterapia em geral	293	3,0
Dentes Artificiais	4 188	41,9
TOTAL	9 982	100,00

Fonte: IBGE, Censo Industrial 1970

e.2) Aparelhos para surdez

Em 1970, o Censo Industrial não registrava explicitamente a produção destes aparelhos, sendo a demanda nacional coberta por importações. Atualmente, pelo menos uma empresa - SIEMENS - já os produz no Brasil; não dispomos, entretanto, de informações mais detalhadas.

Tabela 81

Evolução das Importações
 Aparelhos para Surdez (inclusive pilhas especiais)
 (Cr\$ 1.000,00 de 1976)

Anos	Valores	Índice
1961	3 514	100
1965	2 549	72
1970	7 071	201
1975	19 891	560

Fonte: CACEX

É interessante observar que repete-se aqui também uma tendência presente nos demais grupos da indústria, ou seja, contração das compras na primeira metade dos anos 60.

2.4 A demanda por equipamentos eletrônicos de atenção à saúde (Uma qualificação através dos serviços da rede previdenciária)

Como forma de qualificar o comportamento da demanda por equipamentos eletrônicos de atenção à saúde, será feita uma breve análise das informações sobre a prestação de serviços complementares - Raios-X, radioisótopos, eletrocardiogramas e eletroencefalogramas - através da medicina previdenciária, tanto nos ambulatórios próprios do INAMPB como nos ambulatórios contratados e conveniados. Tenha-se em mente que entre os ambulatórios não próprios incluem-se não apenas os empreendimentos privados como também os serviços públicos não previdenciários, como os das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e os Hospitais Universitários.

Entre 1971 e 1976, o volume de serviços prestados através da rede previdenciária cresceu de forma significativa, mais do que duplicando em todos os tipos de serviços analisados, tanto no quadro agregado nacional quanto em cada uma das cinco regiões fisiográficas (Tabela 27). Na Região Sudeste, onde se concentra a maior parte dos serviços, os números triplicam em cinco anos.

Tabela 82

SIMPAS - INAMPS

Serviços Complementares Prestados em Ambulatórios Próprios e Não-Próprios, Segundo Região Fislográfica
Quantidade de Serviços Prestados em 1971 e 1976 e Evolução Percentual

	RAIOS-X		RADIOISÓTOPOS		ELETROCARDIOGRAMA		ELETROENCEFALOGAMA	
	1971	1976	1971	1976	1971	1976	1971	1976
BRASIL	3.066.319	10.893.043	35.386	167.237	402.409	1.139.128	157.009	539.200
Δ %	100	365	100	477	100	283	100	343
PRÓPRIOS	1.279.431	2.203.446	12.522	18.462	210.899	437.490	15.568	25.616
Δ %	100	172	100	150	100	207	100	166
NÃO PRÓPRIOS	1.786.888	8.689.597	22.864	148.775	191.520	701.638	144.441	513.584
Δ %	100	486	100	672	100	367	100	363
REGIÃO NORTE	92.060	229.835	-	16	6.240	12.686	693	3.430
Δ %	100	249	-	-	100	200	100	495
PRÓPRIOS	19.229	36.373	-	-	-	6	-	769
Δ %	100	200	-	-	-	-	-	-
NÃO PRÓPRIOS	73.331	193.492	-	16	6.240	12.680	693	2.661
Δ %	100	264	-	-	-	-	-	-
REGIÃO NORDESTE	592.364	1.659.190	3.231	11.223	69.848	157.890	27.182	72.056
Δ %	100	280	100	366	100	226	100	265
PRÓPRIOS	324.081	495.369	189	1.520	40.018	59.529	6.454	8.628
Δ %	100	152	100	750	100	149	100	134
NÃO PRÓPRIOS	268.283	1.163.821	3.042	9.703	29.830	98.361	20.728	63.428
Δ %	100	434	100	300	100	326	100	306
REGIÃO SUDESTE	1.700.470	6.314.044	21.482	121.456	226.473	694.498	71.768	305.696
Δ %	100	371	100	576	100	307	100	426
PRÓPRIOS	843.223	1.557.458	12.264	15.912	160.973	322.714	8.247	12.455
Δ %	100	183	100	133	100	201	100	151
NÃO PRÓPRIOS	852.247	4.756.586	9.218	105.544	65.500	371.784	63.521	293.241
Δ %	100	558	100	1.166	100	572	100	462
REGIÃO SUL	498.728	1.942.272	9.968	23.316	69.415	211.922	39.739	115.356
Δ %	100	390	100	230	100	307	100	290
PRÓPRIOS	70.651	73.661	69	947	8.442	47.793	-	117
Δ %	100	104	100	1.372	100	600	-	-
NÃO PRÓPRIOS	428.077	1.868.611	9.899	22.369	60.973	154.124	39.739	115.239
Δ %	100	436	100	220	100	269	-	-
REGIÃO CENTRO-OESTE	182.692	747.702	702	11.226	30.433	62.132	17.627	42.662
Δ %	100	410	100	1.571	100	207	100	241
PRÓPRIOS	18.247	40.585	-	93	1.456	7.443	967	3.647
Δ %	100	222	-	-	100	530	100	421
NÃO PRÓPRIOS	164.445	707.117	702	11.143	28.977	54.689	16.760	39.015
Δ %	100	431	100	1.571	100	186	100	232

Fontes: INPS, Mensário Estatístico, Número Especial de 1971 e INPS, Mensário Estatístico, Ano XXV, nº 289/294, jan./jul. de 1977.

Tabela 83

INAMPS

Volume Físico de Serviços Prestados segundo Região Fisiográfica; 1971 e 1976

	RAIOS X		RADIOISÓTOPOS		ELETRO-CARDIOGRAMAS		ELETRO-ENCEFALOGRAMAS	
	1971	1976	1971	1976	1971	1976	1971	1976
<u>BRASIL</u>								
PRÓPRIOS	40,7	20,2	35,4	11,0	52,4	38,4	0,9	4,7
NÃO PRÓPRIOS	59,3	78,8	64,6	89,0	47,6	61,6	99,1	95,3
<u>REGIÃO NORTE</u>								
PRÓPRIOS	19,8	15,8	-	-	-	0,1	-	22,4
NÃO PRÓPRIOS	80,2	84,2	-	100,0	100,0	99,9	100,0	77,6
<u>REGIÃO NORDESTE</u>								
PRÓPRIOS	54,7	29,8	5,9	13,5	57,3	37,7	23,7	12,0
NÃO PRÓPRIOS	45,3	70,2	94,1	86,6	42,7	62,3	76,3	88,0
<u>REGIÃO SUDESTE</u>								
PRÓPRIOS	49,4	24,7	57,1	13,1	71,1	46,5	11,5	4,1
NÃO PRÓPRIOS	50,1	75,3	42,9	86,9	28,9	53,5	88,5	95,9
<u>REGIÃO SUL</u>								
PRÓPRIOS	14,2	3,8	0,7	4,1	12,2	22,6	-	0,1
NÃO PRÓPRIOS	85,8	96,2	99,3	95,9	87,8	77,4	100,0	99,9
<u>REGIÃO CENTRO-OESTE</u>								
PRÓPRIOS	10,0	5,4	-	0,7	4,8	12,0	4,9	8,6
NÃO PRÓPRIOS	90,0	94,6	100,0	99,3	95,2	88,0	95,1	91,4

Fontes: INPS, Mensário Estatístico, nº especial 1971; pp. 179/184INPS, Mensário Estatístico, ano XXV, nº 109/204, jan./jun. 1971, p. 209/251

265

1105

É claro que o aumento na quantidade de serviços prestados pode estar refletindo, ao mesmo tempo, dois fenômenos: maior utilização de uma eventual capacidade ociosa no equipamento existente e a entrada em operação de novas máquinas. Trata-se portanto de um indicador apenas parcial do aumento da demanda dirigida dos serviços previdenciários à indústria de equipamentos médicos, mais especificamente a seu setor de equipamentos eletrônicos. Dito de outra maneira, o aumento do volume de serviços prestados indica apenas uma tendência de estímulo ao segmento industrial do setor saúde.

As estatísticas revelam que esta expansão na prestação de serviços por parte da rede previdenciária foi operada preferencialmente através de ambulatórios não próprios. Nestes, a quantidade de prestações de serviços cresceu a taxas, em média, duas vezes maiores que nos ambulatórios próprios do INAMPS.

Esta tendência fica especialmente clara quando analisamos os serviços de radioisótopos, principalmente, de eletroencefalogramas. Estes serviços parecem ser os de mais recente instalação: representam os serviços menos frequentes, em termos absolutos, e seu funcionamento ainda é precário nas regiões Norte, Centro-Oeste e Sul, com menos de 100 mil prestações/ano. Nestas especialidades, portanto, que adquiriram importância já na década dos 70, os estabelecimentos não próprios respondiam por cerca de 80% ou mais das prestações de serviços em todas as regiões fisiográficas em 1976, como indica a Tabela 27.

Entre 1971 e 1976 a composição dos serviços prestados se altera decididamente no sentido de uma maior participação dos ambulatórios credenciados e conveniados. No início da década a composição era mais ou menos equilibrada no quadro nacional e chegava a ser favorável aos serviços próprios na região Sudeste, responsável então por quase dois terços do total de atendimentos. Já em 1976, os serviços não próprios representavam cerca de 80% ou mais daquele total nacional.

Estes números refletem o fato de que a expansão da medicina previdenciária foi feita fundamentalmente através de serviços de terceiros, como já se viu. A expansão da rede previdenciária não própria, que a princípio operou-se a nível de atendimento hos-

pitalar, ganhou terreno no atendimento ambulatorial nos anos 70, com a multiplicação dos contratos com empresas de medicina de grupo e hospitais e clínicas particulares. Também foi importante a articulação da rede do atual INAMPS com a dos organismos públicos não previdenciários, como as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, que ganharam ênfase no mesmo período.

Mas o que mais interessa, quanto à demanda dirigida à indústria, não é somente o corte próprio/não próprio; é principalmente a evolução do volume total dos serviços enquanto estímulo ao segmento industrial do setor saúde. E aí destacam-se os seguintes fatores:

a) como já se observou, o volume total dos serviços prestados mais do que duplicou, em média, (para dados agregados a nível nacional) no período observado. E a demanda gerada por equipamentos provavelmente foi maior, nas instituições públicas e privadas não próprias mas contratadas ou conveniadas à Previdência Social;

b) Verificou-se no período uma descentralização dos serviços, com implantação ou ampliação de núcleos prestadores em vários Estados, principalmente de radioisótopos e eletroencefalogramas. A rede de aparelhos de Raios-X e de eletrocardiograma, já instalada em quase todos os Estados da federação em 1971, consolidou-se no quinquênio seguinte, possivelmente através da implantação e ampliação de núcleos fora das capitais estaduais. Esta ampliação da rede instalada certamente se traduziu em encomendas de novos equipamentos e conseqüente estímulo à indústria.

2.5 Conclusões

Este setor industrial, embora importante tecnicamente, apresenta ainda uma base econômica limitada. Seus produtos têm estado presentes nas transformações da prática médica, correspondendo a exigências técnicas e econômicas que modificam a natureza de certas unidades de serviços de atenção à saúde. Desde logo, representam requerimentos de capital mais elevados que incidem sobre a escala das unidades de serviços, sobre a tecnificação do ato médi-

co, sobre a divisão de trabalho, sobre as formas de propriedade das referidas unidades, etc..

Entre 1961 e 1975 assiste-se a um crescimento significativo das importações: mais de 12 vezes. Observando-se o período anterior à unificação dos serviços previdenciários (1961/1966) já se encontra indícios da presença de um processo de tecnificação das unidades de serviços de saúde, pois as importações mais do que dobram nestes 5 anos.

Com a criação do INPS e correspondente ampliação da difusão dos procedimentos técnicos em moldes capitalistas, verifica-se um crescimento das taxas de expansão das importações. O crescimento maior, para todos os itens, se dá na segunda metade do período analisado, com tendência à aceleração nos últimos anos.

Este grande crescimento das importações oculta a presença de um processo de substituição de importações atuante desde o final da década de 60 e que se acelera bastante nestes últimos anos. A progressiva tecnificação e expansão da atenção à saúde e a crescente importância da medicina previdenciária conformam e sustentam a demanda pelos produtos desta indústria, gerando assim incentivos à produção nacional. Dispõe-se, como dissemos, de poucos dados precisos sobre esta indústria nacional, mas pode-se afirmar pelas informações obtidas que sua expansão não se vem dando apenas naquela área onde a tecnologia é simples e pequenos os requisitos de capital. Também produtos tecnologicamente mais avançados vêm sendo produzidos no Brasil, com a presença de grandes empresas multinacionais. Embora os dados obtidos, apresentados resumidamente na Tabela 84, a seguir, não confirmem tais informações, deve-se considerar que eles cobrem um período muito restrito e já distanciado no tempo. Há que levar em conta também que informações qualitativas obtidas entre especialistas - especialmente na ABIMO - são unânimes em afirmar que a maior expansão da indústria como um todo se deu nos últimos 4 anos.

Tabela 84

Indústria de Equipamentos, Instrumentos e Utensílios para uso
Médico, Cirúrgico e Laboratorial
Valor da produção e investimentos - 1970/73 - Em Cr\$ 1.000 de 1976

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

Fonte: Tavares, M.C., e outros, 1978.

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

A maioria das tarifas sobre as importações do setor estão em torno de 9%, o que significa baixa proteção à competição externa: técnicos da ABIMO identificam no depósito prévio a maior proteção já efetivamente concedida. A situação, entretanto, parece apresentar mudanças com os financiamentos à compra de equipamentos possibilitados pelo FAS.

As observações que acabamos de realizar sobre esta área industrial são nitidamente exploratórias e apontam, na verdade, na da mais do que a necessidade de investigações de campo que procurem elucidar as características desta indústria.

O que se viu, no entanto, foi suficiente para registrar as características centrais da política governamental recente para as indústrias do setor saúde. Parecem claros os limites desta política face a uma estrutura industrial capitalista e internacionalizada, face a uma medicina previdenciária operando em bases capitalistas e promovida pelo próprio Estado. Isto significa que os produtos materiais que servem de suporte às práticas médicas estão sob uma racionalidade específica: a do capital.

NOTAS

- (1) Muitos autores têm se preocupado com esta questão. Provavelmente, o trabalho mais conhecido é o de Illitch, I., 1975. Recomenda-se também Dupuy, V.P., Karsenty, S., 1974.
- (2) Foucault, M. 1977; Arouca, A.S.S., 1975; Canguilhem, G. 1971.
- (3) A propósito, ver Berliner, H.S., 1975.
- (4) Kelman, S., 1975.
- (5) Lathoude, 1975, p. 691.
- (6) Roberts, F., 13.3.1948.
- (7) Idem.
- (8) Davies, W., 1967, p. 1.
- (9) Idem, p. 5.
- (10) Idem, p. 8.
- (11) Idem, p. 7.
- (12) Murray, M., 1974.
- (13) Idem, p. 626.
- (14) Idem, pp. 626-631.
- (15) Idem, ibidem.
- (16) A este respeito, ver especialmente Frankel J., e col., 1978.

- (17) Murray, M. op.cit., pp. 626-631.
- (18) Ehrenreich, B. e Eherenreich, J., 1971.
- (19) Idem, p. 123.
- (20) Idem, ibidem.
- (21) Steudler, F., 1974, p. 18.
- (22) Barral, E., 1977, p. 55.
- (23) Até onde sabemos, o único trabalho abrangente que toca nesta questão é o elaborado pela SPL Consultoria por encomenda do CNPq: Programa de Instrumentação do CNPq. O objetivo do trabalho entretanto, é bem mais amplo, como o próprio título indica, sendo os "Instrumentos do Setor Médico e Afins" apenas uma parte - e não a mais importante. Ademais, como o estudo trata de instrumentos, deixa de lado um grande número de produtos para nós essenciais.
- (24) Para a realização deste trabalho recorreu-se às seguintes fontes: IBGE, Censo Industrial 1970 e Pesquisa Industrial 1973; Empresas Líderes e Estrutura Industrial, pesquisa desenvolvida na FINEP em 1977 e e978 por Maria da Conceição Tavares, Luiz Otávio Façanha e Mário Possas, de onde obteve-se não só dados importantes, como também preciosas sugestões de trabalho; trabalho realizado pela SPL Consultoria, a que já nos referimos; Importações do Brasil, anuários publicados pela CACEX; vários números do Boletim da ABIMO - Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos, Odontológicos e Hospitalares, na qual também se realizaram algumas entrevistas.
- (25) Na classificação a 6 dígitos do IBGE, os produtos que nos interessam examinar estariam divididos nos grupos que se seguem:
- 10.74 Fabricação de artigos de vidro para laboratórios de análise, hospitais e afins.

- 10.74.10 - Fabricação de seringas hipodérmicas de vidro
 - 10.74.50 - Fabricação de copos graduados, funis, provetas, bastões, pipetas, e semelhantes.
 - 10.74.99 - Fabricação de artigos de vidro para laboratórios de análise, hospitais e afins, não especificados ou não classificados.
- 13.53 Fabricação de aparelhos e equipamentos elétricos para fins terapêuticos, eletroquímicos e outros usos técnicos.
- 13.53.10 - Fabricação de aparelhos e equipamentos elétricos para fins terapêuticos (aparelhos eletrocirúrgicos, eletrodentários, de eletrodiagnóstico, para aplicação de raios ultravioleta e infravermelhos, de Raios-X, aparelhos auditivos, etc.).
 - 13.53.50 - Fabricação de aparelhos eletrotécnicos e galvanotécnicos (carregadores para baterias-tungger, testadores para válvulas, osciloscópios e oscilógrafos, aparelhos para galvanização, etc.).
 - 13.53.99 - Fabricação de aparelhos e equipamentos elétricos para fins terapêuticos, eletroquímicos e outros usos técnicos, não especificados ou não classificados.
- 16.12 Fabricação de móveis de madeira ou com predominância de madeira, envernizados, encerados, esmaltados, laqueados - inclusive os revestidos de lâminas plásticas, ou estofados, para usos industrial, comercial e profissional.
- 16.12.20 - Fabricação de móveis de madeira, para consultórios e hospitais.
- 16.21 Fabricação de móveis de metal ou com predominância de metal, revestidos ou não com lâminas plásticas.

- 16.21.30 - Fabricação de móveis de metal, para consultórios e hospitais.
- 18.56 Fabricação de outros artefatos de borracha (barcos, bóias, nadadeiras, luvas cirúrgicas, dedeiras, pipos e pipetas, rolhas e tampas, sondas, cateteres, cânulas, seringas e vaporizadores, bolsas e sacos para água quente e gelo, irrigadores, etc.).
- 30.02 Fabricação de instrumentos, utensílios e aparelhos, não elétricos, para usos médico-cirúrgicos, odontológicos e de laboratório.
- 30.02.99 - Fabricação de instrumentos, utensílios e aparelhos, não elétricos, para usos médico-cirúrgicos, odontológicos e de laboratório (para uso em cirurgia - exclusive mesas e camas articuladas - para pressão arterial, para endoscopia, para uso em laboratórios - exclusive copos graduados e tubos de ensaio - para usos odontológicos, para respiração artificial, para uso em veterinária, etc.).

CAPÍTULO 5: CRISE E REFORMA

partir de 1976 o discurso oficial e as medidas de governo começaram a reconhecer a crise no setor saúde. Crise no padrão de organização montado e desenvolvido desde 1966 com a criação do INPS e que teve na capitalização da medicina, conforme se demonstrou sua característica fundamental. Crise no sentido econômico-financeiro e na estruturação e eficácia da rede dos serviços de saúde. Crise, enfim, de natureza claramente política.

Começou a impor-se ao Estado a necessidade de uma reconversão da política de saúde adotada até então. No quadriênio pós-74 reafirmaram-se problemas já antigos e evidenciaram-se outros, com o que tem início a "reciclagem" do setor - em parte efetiva, mas em parte ainda significativamente retórica.

Constatou-se no período a permanência de graves problemas de saúde para a população; por um lado, isto pode ser atribuído às más condições de vida da população de baixa renda - consequência inevitável do padrão de acumulação seguido no Brasil nos últimos anos e da baixa prioridade política na oferta dos meios de consumo coletivos; mas, por outro lado, tal situação foi também resultado da má concepção (em termos de seus efeitos sobre a saúde das populações) da política de saúde, caracterizada pelo descumprimento das medidas de saúde pública, pelo descaso às ações de medicina preventiva, pela impossibilidade de acesso ao saneamento básico por parte dos grupos populacionais mais pobres.

Desta forma, o atual quadro nosológico brasileiro apresenta, ao lado das doenças infecto-contagiosas - características das sociedades mais pobres e atrasadas - as doenças crônico-degenerativas - características das sociedades industrializadas. Endemias antes rurais tornam-se também urbanas; algumas, como a doença de Chagas, esquistossomose, malária e leishmaniose permanecem como problemas de âmbito nacional, ademais de outras de caráter regional. Agrava-se o quadro da desnutrição; a tuberculose volta a se mostrar estatisticamente significativa; a meningite meningocócica assume caráter epidêmico.

A assistência médica - que no Brasil significa, como se viu, principalmente medicina previdenciária - nada pôde fazer para dar solução para este quadro. Tanto é assim, que o quadro acima esboçado se manifesta ao mesmo tempo em que aumenta significativamente o volume da atenção médica. Com efeito, o número de consultas ambulatoriais "per capita" nas grandes cidades duplicou entre 1974 e 1977; outros dados representativos deste e de outros tipos de serviços médicos foram apresentados no decorrer do presente trabalho. Não há a menor dúvida de que em volume, e provavelmente em qualidade, a atenção médica cresceu extraordinariamente nos últimos anos. Tão extraordinariamente, aliás, que a elevação dos gastos da previdência em assistência médica constituem-se hoje em dia perigosa ameaça à estabilidade financeira do sistema previdenciário.

É neste contexto que se impõe a realização de uma análise sobre as medidas governamentais a partir de 1974 que pretendiam mudar alguma coisa na política nacional de saúde.

Como se viu, criou-se em 1974 o Ministério da Previdência e Assistência Social, dando à previdência um mais elevado "status" institucional - a que ela fazia jus por sua importância política e financeira. Observe-se, aliás, que a retirada da previdência e assistência social do âmbito do Ministério do Trabalho é um movimento carregado de significados: a capitalização da assistência médica e a expansão do mercado financeiro no Brasil fizeram da previdência e da assistência (que se compõem, basicamente, de atenção à saúde e pagamento de benefícios em dinheiro) não mais uma área própria ao trabalho, mas sim ao capital. Este desajuste burocrático-administrativo foi, assim, corrigido em 1974.

Criou-se, ademais, o Conselho de Desenvolvimento Social - Lei 6118 de 9/10/1974 - órgão interministerial encarregado de formular as políticas sociais e orientar e controlar sua execução, bem como, por sugestão deste Conselho, criou-se também o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS - destinado a possibilitar financeiramente os investimentos ditos sociais, cujo desempenho já foi aqui analisado.

A nível interno ao MPAS, uma importante medida institucional foi o estabelecimento do Plano de Pronta Ação - PPA - (tam-

bem já analisado neste trabalho) que, como se viu, segue a orientação da capitalização e privatização da assistência médica e que, sem dúvida alguma, promoveu uma elevação significativa da oferta de serviços médicos, a par de orientar a assistência médica basicamente no sentido de uma atenção cara, sofisticada, pouco eficiente - e muito lucrativa.

A nível interno ao Ministério da Saúde, são lançados dois grandes programas cujo impacto político seria maior do que sua importância efetiva - medida em termos dos benefícios trazidos à população como um todo. Referimo-nos ao II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição - II PRONAN - criado pelo Decreto nº 77116 de 6/2/1976 e ao Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS - criado pelo Decreto nº 78307 de 24/8/1976, ambos destinados a atuar sobre as condições básicas de vida da população, visando elevar seu nível de saúde e característicos de uma visão privilegiadora das medidas preventivas com extenso alcance coletivo.

A nível inter-ministerial, em resposta às novas proposições que caracterizam o período pós-1974 é promulgada a Lei 6229, de 17 de julho de 1975, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde - SNS - propondo a "integração" da medicina previdenciária e da saúde pública através da rearticulação entre as diversas esferas de governo: Ministérios, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e entre os órgãos governamentais e setor privado. As grandes dificuldades desta reordenação, são os motivos alegados para que sua regulamentação e efetiva implementação não tenha sido feita até hoje.

E finalmente, em 1977, o reconhecimento formal da crise previdenciária é feito através do anúncio de uma nova reforma no sistema: a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) pela Lei 6439, objetivando uma reorganização e racionalização capazes de enfrentar sobretudo os aspectos críticos originados pela expansão considerável dos gastos com assistência médica e que tendiam a colocar em cheque o esquema econômico-financeiro do INPS.

É necessário, assim, averiguar até que ponto este conjunto de medidas significou e vem significando alterações no padrão do setor saúde, de cuja crise, como já se frisou, estas "novas po-

líticas" são resultado, na medida em que revelam simultaneamente o processo de destruição e criação típicos de uma crise.

1. Sistema Nacional de Saúde

A Lei 6229, referente à organização do Sistema Nacional de Saúde ainda não foi totalmente implementada, passados 3 anos de sua promulgação. Embora a demora fosse de se esperar, dadas as naturais dificuldades para pôr em vigor um regimento legal de tal magnitude, ela mostra também a inexistência de uma política nacional de saúde coerente, o que se manifesta nas muitas contradições existentes entre os diversos níveis e órgãos encarregados de executar os serviços referentes à atenção à saúde.

Segundo aquele diploma legal, - repetindo o Decreto Lei 200 - cabe ao Ministério da Saúde formular a Política Nacional de Saúde, que se constituirá no "ideário explícito conceitualmente unificador" das ações de saúde implementadas por diversas instituições (1). Na verdade, a proposta da Lei 6229 reafirma, ainda que ambigualmente, a dicotomia entre as práticas de saúde pública e de medicina previdenciária, ao estabelecer como tarefa do Ministério da Saúde a promoção de ações "preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo" enquanto que atribui ao Ministério da Previdência e Assistência Social "principalmente o atendimento médico assistencial individualizado" (o uso dos advérbios qualificativos não se dá por acaso). Ao mesmo tempo, é proposta "a elaboração de programas regionais que integrem num todo harmônico as atividades preventivas, curativas e de reabilitação"; tais programas regionais devem incluir "a participação de todos os órgãos públicos e privados que atuem na região, de modo a organizá-los segundo a hierarquia técnica condizente com a área assistida..." (2).

Conforme anunciam as citações acima, a regulamentação do Sistema Nacional de Saúde teria de dar conta de três objetivos básicos:

- a. integração das práticas de saúde pública com as de medicina previdenciária;

b. rearticulação das unidades do setor público, e desligamento com as do setor privado;

c. regionalização da assistência médico-sanitária considerando os perfis epidemiológicos de cada área do país.

Com relação ao primeiro ponto, o essencial é a estruturação proposta para a prestação de serviços de saúde. A partir da Lei 6229 o Ministério da Saúde tem formulado uma concepção que talvez pudéssemos considerar de "conciliação" com o padrão anterior do setor saúde, buscando evitar um conflito de competências com o MPAS. Ela se revela na proposta de montagem de duas redes autônomas e mutuamente complementares para a prestação de serviços. Uma seria a chamada rede de assistência médico-sanitária, sob o controle do setor público, salvo em circunstâncias excepcionais. E outra chamada de assistência médico-hospitalar, a ser gerida pelos setores público e privado.

O conjunto de assistência médico-sanitária corresponde a uma tentativa de reativar as ações em saúde pública com uma prática norteada pelas medidas de alcance coletivo e que incidiriam sobre algo estranhamente chamado pelo Ministério da Saúde de "necessidades não sentidas". Caracterizar-se-ia pela ampla cobertura, maior acessibilidade em relação à rede médico-hospitalar, prioritariamente junto às comunidades de baixa renda, dirigindo-se principalmente à zona rural, regiões pioneiras e periferias dos centros urbanos. O discurso se propõe, portanto, a superar uma deficiência explicitada pelo padrão anterior, predominantemente previdenciário, curativo (medicina sintomática), dirigido aos centros urbanos maiores e marcado pela sabida decadência das medidas de saúde pública e preventivas.

O conjunto médico-sanitário seria composto pelos Postos de Saúde (unidades mais simplificadas), Centros de Saúde (com ações visando saneamento básico, imunizações, alimentação e nutrição, educação para a saúde e prestação de assistência médica individual) e Unidades Mistas (Centros de Saúde acoplados a um hospital com possibilidade de internação em pediatria, clínica médica, cirurgia e gineco-obstetrícia).

O conjunto de assistência médico-hospitalar dirigir-se-ia ao atendimento das necessidades individuais numa prática médica

nunciada pelo Ministério da Saúde como integral: preventiva, curativa e de reabilitação. É composto de Postos de Assistência Médica, Policlínicas (serviços ambulatoriais com clínicas especializadas ademais daquelas existentes nos Centros de Saúde) e Hospitais Locais, Distritais e de Base, aos quais seriam encaminhados os casos de internação de acordo com a complexidade necessária da intervenção.

A portaria inter-ministerial nº 001/78 fixou as normas operacionais dos chamados Serviços Básicos de Saúde que se caracterizam por ações de tecnologia simplificada e baixo custo, incluídas no segmento da rede que tem sido chamado de assistência médico-sanitária. A se acreditar no texto de tal documento, a prioridade da política nacional de saúde estaria na expansão daqueles serviços e não na sofisticação do atendimento, daí que a regulamentação da Lei 6229 esteja se processando num movimento que iria do mais simples para o mais complexo, com base nos critérios de regionalização e hierarquização das ações de saúde.

A primeira vista este conjunto de proposições reordenaria a estrutura das unidades sanitárias e proporcionaria uma prática médica mais integrada do que a vigente no mencionado e já analisado setor saúde do período pós-66. As atuais intenções no discurso oficial revelam os graves problemas do padrão anterior. No que diz respeito à composição da demanda por serviços de saúde afirma-se a intenção de reverter tendências:

"O comportamento da rede de assistência médico-hospitalar envolve serviços disponíveis ao atendimento de uma demanda que se busca regravar, ao passo que o da rede de assistência médico-sanitária envolve, através principalmente da motivação comunitária e atividades extra-murais, um estímulo ativo a uma demanda que se busca estimular" (3).

A demanda que se deseja conter é claramente a da medicina previdenciária, enquanto que a outra, que se pretende estimular, tem estado, na verdade, reprimida pela própria atuação governamental. Ou seja, o que se pretende é ofertar mais serviços médico-sanitários, praticamente estagnados nos últimos dez anos a conter os serviços médico-hospitalares da previdência social cuja exploração balançou financeiramente o INPS. Ora, importa discutir as limitações que já podem ser detectadas para a implementação desta na política.

A organização prevista da rede pressupõe, de fato, uma profunda articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência Social, destes com as Secretarias de Saúde - Estaduais e Municipais - e, finalmente, mas não secundariamente, de todas estas esferas de governo com as empresas privadas de serviços de saúde. Nesta questão parece residir a definição quanto ao êxito das transformações do setor saúde contidas na Lei 6229 e no seu processo de regulamentação, cabendo às Secretarias de Saúde Estaduais promover a articulação entre os referidos segmentos que compõem a rede.

"A rede de assistência médico-sanitária será operada pelo setor público, salvo em circunstâncias especiais. A rede de assistência médico-hospitalar será operada simultaneamente pelos setores público e privado. No referente à assistência hospitalar será utilizada a capacidade instalada do setor público a todos os níveis, na medida necessária e suficiente para estabelecer padrões de qualidade e critérios de avaliação de custos a serem observados pelo setor privado, buscando aproveitar ao máximo a capacidade e potencialidade deste. No referente a serviços ambulatoriais, reservar-se-á tanto quanto possível ao setor público a entrada direta à rede" (4).

Não há, portanto, uma definição precisa da divisão da oferta de serviços entre os setores público e privado. Fica aberta a possibilidade de persistir a tendência privatizante anterior, tanto na área hospitalar quanto na ambulatorial, que provocou os problemas que agora se pretende corrigir.

Como reflexo das dificuldades específicas a esta questão, o próprio Ministério da Saúde não se manifesta com muita precisão sobre os problemas da vinculação com o setor privado. As diretrizes propostas deixam em alguns pontos muitos "graus de liberdade ao jogo político inter-institucional, sem que sejam definidas claramente as metas a serem atingidas" (5). Quer dizer, o fundamental das propostas de reordenação das redes de serviços dependerá do grau em que o setor público lograr modificar suas práticas, em boa parte condicionadas pela política de capitalização da medicina pública 66, em relação ao que, na verdade, a política anunciada na atual conjuntura não pode ser considerada nitidamente como inovadora.

Outro ponto vital da reorganização é a estruturação financeira do sistema. A persistir os reduzidos gastos diretos do

Estado via Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, que promoveram a decadência da Saúde Pública, somente o segmento médico-hospitalar terá recursos assegurados através da Previdência; ainda assim, cabe esperar o significado da pretendida contenção de gastos com a assistência médica individualizada. A perspectiva de uma programação financeira integrada para o setor saúde sofre restrições do Ministério da Previdência e Assistência Social, contrário à transferência de recursos deste Ministério a outras esferas de governo que prestam serviços de saúde.

Manifestam-se também nesta conjuntura os enfrentamentos interburocráticos que compõem os distintos conjuntos de interesses, caracterizados pelo predomínio do MPAS, mais poderoso financeiramente, e pela inoperância do Ministério da Saúde, ao qual cabe a condução da implantação do novo sistema. Dentre estes, estão as Coordenadorias Regionais de Saúde, que pelo seu Regimento Interno, editado em 1978, devem "promover a coordenação e compatibilização dos planos e programas de saúde da região, desenvolvidos por órgãos ou entidades federais, estaduais, municipais e setor privado." Infelizmente, a atuação de tais coordenadorias não tem sido satisfatória. Da mesma forma, a portaria interministerial nº 01/ESB de 20/7/76 MS criava uma Comissão Permanente de Consulta - CPC - com a incumbência de "indicar áreas e regiões prioritárias para a implantação de modelos sistêmicos de organização dos serviços de saúde que possibilite gradual regulamentação da Lei 6229". Não se tem evidências, dois anos depois da criação desta Comissão, da implantação de tais modelos em número significativo.

Assinale-se aqui algumas contradições embutidas tanto na Lei 6229 quanto na proposta de implementação feita pelo Ministério da Saúde.

Em primeiro lugar, dada a ambigüidade das atribuições em níveis a cada Ministério, e dada a necessidade de integrar órgãos não distintos no que se refere a seu poder político e financeiro, o Ministério da Saúde busca contornar a questão, efetuando uma separação entre medicina preventiva e medicina curativa que, embora existente a nível conceitual, é absolutamente não recomendável a nível operacional - como, aliás, observaram os técnicos participantes da VI Conferência Nacional de Saúde (6). Por sinal, a desobediência política a tal proposição e a divisão entre rede médico-

sanitária e médico-assistencial já está sendo feita pelo INAMPS, que vem realizando vacinações em suas unidades.

Outra grave contradição do Sistema é a que atribui ao IPT o predomínio da atenção médica individualizada; na verdade, o MPAS tem como população alvo, legalmente, não a população em geral, mas sim o conjunto dos previdenciários. Se bem que seja verdade que só este Ministério dispõe, no atual sistema de distribuição de recursos e de poder, de capacidade de atendimento médico em níveis significativos, e que, ademais, a população previdenciária esteja se expandindo, já englobando hoje em dia maior parte da população brasileira, a verdade é que foi ampliado o público com direito à assistência médica do INAMPS, para além de seus limites legais.

Por tudo isto, embora o SNS apresente proposições que, se implementadas, poderiam vir a melhorar os níveis de saúde da população (por exemplo, a ênfase aos níveis regional e local, o reforço à medicina preventiva), é bem possível que as propostas não avancem significativamente, na medida em que não sejam modificadas, em termos políticos, financeiros e administrativos, as atuais prioridades atribuídas à atenção médica curativa e à privatização da medicina.

2. PRONAN e PIASS - Um Discurso Alternativo no Ministério da Saúde

Recentemente, dois programas inovadores sob muitos aspectos foram lançados pelo Ministério da Saúde, voltados ambos não para o problema da doença em si, mas antes para a tentativa de fazer desaparecer as condições propiciadoras de seu aparecimento.

Os programas apresentam várias características em comum. Ambos prevêem grande volume de recursos para sua implementação, o que afasta-os da já habitual exigüidade financeira dos programas do Ministério da Saúde. Da mesma forma, em nenhum dos dois programas cumpriram-se os cronogramas financeiros; ademais, ambos recebem, atualmente, apenas uma parcela dos recursos que originalmente lhes tinham sido alocados.

Ambos foram elaborados não pelos técnicos do Ministério da Saúde, tendo sido concebidos por especialistas da Secretaria de

Planejamento da Presidência da República, cabendo ao Ministério da Saúde incorporá-los em sua linha de atuação, o que foi feito - nos dois casos - nem sempre com a boa vontade de algumas de suas instâncias decisórias e executivas. Ambos, finalmente, embora voltados para problemas fundamentais da população, constituem-se em exemplos do pensamento tecnocrático, onde a "participação da comunidade" foi decidida de cima para baixo, sem que se tivesse feito qualquer consulta, ou pesquisa, quanto às necessidades e disposição destas comunidades, tais como elas as sentiam.

O II PRONAN - Programa Nacional de Alimentação e Nutrição - surgiu com propósitos bem diversos daqueles que orientaram os anteriores programas e instrumentos voltados para o campo da nutrição. Assim, seu objetivo principal não é a suplementação alimentar, mas a atuação sobre o próprio sistema de produção e comercialização dos alimentos básicos. E onde a suplementação alimentar se fizesse necessária, o programa previa que ela deveria se dar com os alimentos que fizessem parte do cardápio da população - devendo ser evitados os alimentos de industrialização mais sofisticada, como as sopas solúveis, os "milk-shakes", etc. Desta forma, o próprio PRONAN funcionaria como grande comprador, estimulando assim a própria oferta de alimentos básicos, onde, segundo seu diagnóstico, predomina a pequena propriedade, abrigando, portanto, uma parcela da população potencialmente carente.

A proposta do PRONAN parte de algumas constatações e pressupostos básicos:

- cerca de 57% da população brasileira têm renda compreendida entre 0 e 2 salários mínimos, sendo sua demanda real por alimentos básicos bastante restringida;
- a "ração essencial mínima" a preços de 1975 atingia 50% do valor do salário mínimo;
- família média brasileira é composta de aproximadamente 5 pessoas, que para alcançarem a "ração essencial mínima" necessitariam de uma renda familiar de cerca de 2,5 salários mínimos;
- a produção brasileira de feijão, arroz, milho e batata, alimentos básicos dos contingentes de baixa renda, manteve-se entre 1965 e 1975 praticamente estagnada, a despeito do forte crescimento demográfico;

- os pequenos e médios produtores agrícolas respondem por cerca de 60% da produção de alimentos básicos, enfrentando condições desvantajosas na comercialização de seus produtos (7).

Seus objetivos finais, assim, iriam muito além da questão da saúde (e pode-se dizer, muito além do que lhe seria possível alcançar):

- promover a desconcentração da renda na mesma fase em que ela é gerada (comprando alimentos que são utilizados nos subprogramas de suplementação alimentar diretamente dos pequenos e médios produtores de regiões deprimidas);
- promover aumentos reais de renda direta de toda a população (através de proposta de estímulo da produção e racionalização da comercialização dos alimentos básicos, tornar-se-ia possível uma oferta mais abundante destes e pela diminuição dos elos de intermediação seria possível atuar favoravelmente na formação de preços) (8).

Trata-se, assim, de um programa com propósitos bastante distantes daqueles que orientam a política econômica do governo no tocante à agricultura. E não é preciso ser especialista para perceber que por si só o PRONAN não poderia afetar tais rumos. Entretanto, o impacto efetivo deste programa, tal como foi concebido, não pode ser avaliado. Com efeito, o exame do desempenho do programa nestes dois anos confirma a existência de bloqueios que tendem a provocar sua descaracterização.

Isto estaria se manifestando através da excessiva ênfase aos programas assistencialistas de suplementação alimentar, orientados para o desenvolvimento da indústria de alimentos e da redução da abrangência dos programas de apoio ao pequeno produtor, que passam a ser caracterizados como programas-piloto, de tipo experimental, sem maiores possibilidades de desencadear efeitos significativos.

Por outro lado, o INAN - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - organismo coordenador do programa, e vinculado ao

Ministério da Saúde, não tem merecido prioridade política dentro deste mesmo ministério. A ele não foi concedido nem o mínimo necessário a um órgão controlador, que é o poder de definir a aplicação dos recursos financeiros do PRONAN, que são manejados autonomamente pelos vários ministérios participantes.

A programação financeira tampouco tem sido cumprida adequadamente. Em 1976, dos Cr\$ 2,3 bilhões programados, somente 58,3% foram efetivamente alocados. Para 1977 os resultados não parecem ter sido distintos. Os recursos do Ministério da Agricultura continuam sendo concentrados na agricultura de exportação e, prioritariamente, são concedidos às grandes empresas agrícolas. Em 1976 não contribuiu com os Cr\$ 140 milhões previstos para o PRONAN. Em 1977 excluiu de sua proposta orçamentária Cr\$ 300 milhões que tinham o mesmo destino. E em 1978, da proposta orçamentária de Cr\$470 milhões (a preços de 1975) constam apenas Cr\$ 43 milhões (a preços de 1978). A mesma restrição é encontrada no MPAS. Sua contribuição ao PRONAN em 1978 seria de Cr\$ 502 milhões, provenientes do Tesouro Nacional, e Cr\$ 55,8 milhões provenientes do FAS. Entretanto, inexistente a dotação orçamentária que o MPAS atribuiu ao Tesouro Nacional. A isto, compare-se a previsão deste Ministério para a assistência médica individual em 1978: Cr\$ 50 bilhões (9).

O PRONAN, assim, apesar de suas propostas inovadoras, não passa, até agora, de um projeto ambicioso, incapaz de alterar a realidade.

O PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - propõe-se a implementar e operar uma estrutura básica e permanente de saúde e saneamento em municípios em cuja sede residam até 20 mil habitantes, prevendo-se a cobertura de até 23 milhões de pessoas até 1979. A região prioritária para a implantação do Programa é o Nordeste. Foi apresentado como se constituindo nos "degraus iniciais" do Sistema Nacional de Saúde, já que através dele dar-se-ia a complexa articulação das diversas entidades que atuam na prestação de serviços de saúde à população, na faixa em que o programa se propõe operar.

Suas diretrizes básicas são as seguintes:

- i. ampla utilização de pessoal de nível auxiliar recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas;
- ii. ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, inclusive as de caráter endêmico; no atendimento da nosologia mais freqüente e na detecção precoce dos casos mais complexos com vistas a seu encaminhamento a serviços especializados;
- iii. desenvolvimento de ações de saúde caracterizadas como de baixo custo e de alta eficácia;
- iv. disseminação de unidades de saúde tipo minipostos, integradas aos sistemas de saúde da região e apoiadas por unidades de maior porte localizadas em núcleos populacionais estratégicos;
- v. integração a nível local dos diversos organismos públicos integrantes do Sistema Nacional de Saúde;
- vi. desativação gradual de unidades itinerantes a serem substituídas por serviços básicos de caráter permanente.

A mencionada articulação que o programa pretende promover manifestar-se-ia em novos mecanismos de remanejamento técnico e administrativo nas atividades participantes, na coordenação inter-institucional, na realocação de recursos e na participação da comunidade no módulo básico.

A nível federal, a gestão está a cargo do Grupo Executivo Interministerial (GEIN), coordenado pelo Ministério da Saúde e composto também pela Secretaria de Planejamento da Presidência da República (SEPLAN), pelo MPAS e pelo Ministério do Interior, contando com uma Secretaria Técnica de natureza multi-disciplinar.

Os projetos componentes do PIASS são de natureza estadual, de acordo com a Lei 6229, cabendo, portanto, às Secretarias Estaduais de Saúde coordenar os Grupos de Coordenação Estadual (GCE), que devem contar também com representantes do MS, MPAS e MI. Estão previstos também os níveis regionais e municipais de administração, cabendo a estes últimos o controle do módulo básico.

Foram previstos Cr\$ 4 milhões (a preços de 1976) para o programa do quadriênio 76/79, dos quais Cr\$ 1,1 milhões do Minis-

tério da Saúde, Cr\$ 1,2 milhões correspondentes a financiamento do FAS, Cr\$ 1,0 milhão do INAN para as atividades de suplementação alimentar, além de Cr\$ 700 mil do PIN (Programa de Integração Nacional), que incluem Cr\$ 200 mil a serem aplicados através do Programa de Desenvolvimento de Áreas Integradas do Nordeste - POLONORDESTE. Também serão incorporados ao Programa, como contrapartida dos Estados e Municípios, os recursos destinados à saúde e saneamento à conta do Fundo de Participação dos Estados e do Fundo de Participação dos Municípios.

Também este programa tem vivido as dificuldades inerentes à reconversão do padrão anterior a que nos temos referido insistentemente e que decorre, na verdade, da ausência de definições políticas mais precisas por parte do governo no sentido de contrariar interesses já consolidados no setor saúde e alterar o padrão técnico, econômico-financeiro, etc., da atenção à saúde.

Estas dificuldades, segundo técnicos que trabalham no programa, são vistas da seguinte forma:

"As dificuldades na implementação não são contornadas facilmente. As diretrizes básicas que expressem a filosofia do empreendimento nem sempre são compreendidas e aceitas pelas entidades que vinham atuando na área com idênticos objetivos, mas com concepções e normas operativas em alguns aspectos conflitantes com o Programa" (10).

Ou, segundo um técnico diretamente envolvido na implementação do PIASS:

"Não é difícil identificar as principais dificuldades. Estas resumem-se a todas formas e graus de resistências a:

- adequação e criação de tecnologia para grandes coberturas;
- real preocupação com a relação custo/benefício;
- delegação de funções e responsabilidades;
- real descentralização administrativa;
- sincera disposição para a integração e até mesmo para as articulações;
- sincera visão setorial e não apenas institucional, de órgãos, grupos de interesses comuns, etc.
- aceleração dos fluxos financeiros, pelas restrições institucionalizadas.

Estas resistências, quase sempre sub-liminares mas eficazes, geram a morosidade técnico-burocrática e distorções nas articulações intra e inter-institucionais, responsáveis pelo bloqueio e fracasso de

várias iniciativas e programas de alto interesse ao país. As tentativas de superação destas resistências esbarram freqüentemente na sonegação de informações importantes, nos temas inabordáveis, nas pessoas e órgãos intocáveis e até mesmo num certo clima de mistério. Trata-se de perpetuar os macro e micro-potenciais tradicionais com a perpetuação do "fracionamento inter e intra-institucional" (11).

Ou seja, integração não se faz por decreto. Os propósitos de racionalização e não duplicação de atividades encontram enormes dificuldades para se fazerem impor na prática cotidiana, para vencerem interesses já constituídos, cuja sobrevivência exige o isolamento, a delimitação de áreas de influência e de ação.

O PRONAN e o PIASS são dois excelentes exemplos disto. O primeiro enfrenta dificuldades muito maiores, perceptíveis na alocação financeira, na clara desobediência institucional, no confronto de órgãos burocráticos a nível do primeiro escalão de poder. Já o PIASS, por sua área de ação específica, enfrenta a resistência fragmentada, mas nem por isso menos eficaz, das instituições locais, que se não têm o mesmo poder do MPAS e do Ministério da Agricultura, por exemplo, têm semelhante disposição de luta e de resistência às propostas inovadoras, pois que estas constituem uma ameaça a seus interesses.

Todos estes fatos parecem reveladores da complexidade de articular as várias esferas de governo integrantes do SNS. Diante deles, a integração e articulação previstas pela Lei 6229 e nos documentos do Ministério da Saúde mais parecem simples exercícios retóricos, enquanto as políticas concretas seguem o padrão anterior.

3. SINPAS, a Reforma Previdenciária

Em 1977, efetiva-se mais um movimento burocrático administrativo que revela simultaneamente a crise no setor saúde e a tentativa governamental de promover a reordenação do sistema. Criou-se pela Lei 6349, o SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - congregando as diversas entidades previdenciárias.

Compõem o SINPAS:

1. IAPAS - Instituto de Administração Financeira - Órgão que gerenciará o Fundo de Previdência e Assistência Social - FPAS - sendo este administrado por um colegiado formado por representantes das entidades do SINPAS e presidido pelo Ministro da Previdência e Assistência Social. É este colegiado que estabelecerá o Plano Pluri-Anual de Custeio do SINPAS, e os programas de aplicação patrimonial e financeira que caberá ao IAPAS executar.

É importante ressaltar que a nova reforma previdenciária não promoveu nenhuma alteração na estrutura de financiamento do sistema previdenciário, que permanecerá basicamente sustentado, como já se viu, pelas contribuições dos beneficiários e dos consumidores em geral.

2. INPS - Instituto Nacional de Previdência Social. A este Instituto competirá a concessão de benefícios e outras prestações em dinheiro, bem como outros programas assistenciais relacionados (como os relativos aos acidentes de trabalho) a atividades reeducativas e de readaptação profissional. Incorporará também os encargos similares anteriormente assumidos pelo IPASE e FUNRURAL.

Será, assim, o órgão responsável pela manutenção dos programas previdenciários destinados à composição das rendas das famílias dos assalariados.

3. INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Responsabilizar-se-á pela prestação de assistência médica individual aos trabalhadores urbanos, aos servidores do Estado, aos trabalhadores e empregados rurais e abrangerá também os serviços médicos mantidos pela Legião Brasileira de Assistência.

Compõem ainda o SINPAS as seguintes entidades: Fundação Legião Brasileira de Assistência (voltada principalmente para a prestação de assistência social à população carente - que é eufemisti-

camente chamada na LBA de "quarto estrato populacional"; Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (executora da Política Nacional do Bem-Estar do Menor); Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social - DATAPREV; Central de Medicamentos - CEME.

A reforma SINPAS é justificada pelo discurso oficial em termos de racionalização e reorganização. Da mesma forma, a reforma previdenciária de 1966, que resultou no INPS, também justificava-se em argumentos como estes, ficando oculto todo um elenco de razões nunca ditas.

A Exposição de Motivos que encaminha a reforma menos explica que dissimula as raízes da crise que atingiu o INPS:

"O excepcional e espantoso desenvolvimento da assistência médica (...) passou todavia a prejudicar o atendimento médico dos beneficiários, originando problemas que o atual Governo teve de enfrentar e a que se empenhou em dar solução, embora com grande exiguidade de recursos, dada a premência das medidas a serem tomadas."

Não deixa de ser surpreendente que os problemas do INPS sejam atribuídos à "exiguidade de recursos", quando se sabe que aquela entidade é a mais rica de todo o sistema de atenção à saúde, sendo seu orçamento, aliás, só superado pelo da União. Como se demonstrou, os problemas financeiros do INPS estão relacionados, na verdade, com a forma de financiamento da previdência e com o desenvolvimento da medicina fomentado pelo conjunto de agências estatais, das quais destaca-se o próprio INPS - principalmente na gestão do Ministro que atualmente assina aquela Exposição de Motivos ao Presidente da República.

Por outro lado, - mesmo para os atuais padrões da política governamental - o que há de "espantoso" no desenvolvimento da assistência médica é o fato dela ter se dado sem a menor consideração pelas reais necessidades da população.

A proposta de solução para esta "exiguidade de recursos" é típica das medidas da Previdência Social no Brasil:

"Fica o Poder Executivo autorizado a instituir um esquema de participação direta dos beneficiários, em função de seu nível de renda, no custeio dos serviços médicos de que se utilizam e dos medicamentos que lhes forem fornecidos em ambulatorios" (12).

Ou seja, o ônus recai sobre os beneficiários. No esquema previdenciário, a contradição maior não é cobrar da população melhor remunerada, e sim ameaçar os lucros das empresas capitalistas.

Por outro lado, esta ameaça dos custos crescentes é real, e tem de ser enfrentada consistentemente. O INAMPS terá, inevitavelmente, até mesmo para defender os interesses capitalistas constituídos em sua área, de desenvolver ações preventivas.

Mas o próprio Ministro procura não exagerar o alcance da medida que acaba de ser implementada:

"Essa grande reforma administrativa objetiva, portanto, em última análise, apenas e tão somente arrumar a casa, dando às entidades vinculadas a este Ministério novas atribuições com vistas à especialização de cada um segundo as atividades que irão desenvolver, mas sem qualquer alteração nos direitos e obrigações dos beneficiários e contribuintes da previdência e assistência social ou nos encargos administrativos e financeiros da União e das referidas entidades" (13).

Trata-se, em resumo, de uma reforma administrativa que, como tal, poderá sem dúvida elevar a eficiência operacional das distintas unidades componentes do SINPAS. Contudo, deixa inúmeras interrogantes quanto à sua adequação no sentido de converter o padrão da política da saúde, que inclusive gerou a necessidade da reforma. As principais dúvidas aqui são de duas ordens:

Em primeiro lugar, e partindo da constatação de que a reforma do SINPAS é a peça mais conservadora no interior do SNS, cabe especular como se dará sua integração com o restante do sistema, o que, até agora, vem apresentando grandes dificuldades, que se não foram explicitadas, foram pelo menos insinuadas nos debates da VI Conferência Nacional de Saúde. Esta dúvida é tanto mais séria quando se observa que o INAMPS é a única entidade governamental que no setor saúde tem efetivo poder de gasto, já que não se reverteu, até agora, a tendência estagnante dos últimos dez anos no âmbito do Ministério da Saúde.

Em segundo lugar, permanece a dúvida quanto ao padrão da assistência médica que será desenvolvido. Tudo indica que, apesar dos discursos oficiais, continuará o privilegiamento ao setor pri-

vado, o que significa a manutenção das causas da crise do setor.

Finalizando, cabe algumas comparações com a última grande reforma previdenciária, a de 1966. E a tentação de comparar ambos os movimentos é ainda mais forte quando se considera que o mesmo Ministro foi o responsável por ambas; com efeito, em 1966, Luiz Gonzaga do Nascimento e Silva era o Ministro do Trabalho, a ele devendo ser creditada a criação do INPS.

Ambas as reformas tinham como ponto em comum, como propostas básicas, a reforma administrativa, a racionalização das ações, enfim, a parafernália movimentada pela tecnocracia. Mas há que tomar cuidado e não ir muito longe nesta tentativa de aproximação dos dois momentos. Com efeito, a criação do INPS teve como propósito e resultado a concentração do poder, a ampliação do alcance institucional, a criação de "economias de escala" - além, naturalmente, de outros efeitos políticos, como o afastamento dos representantes dos trabalhadores na orientação da política previdenciária. Por sua vez, a implantação do SINPAS objetivou um propósito exatamente oposto: a fragmentação dos poderes, a divisão por diversos organismos das diferentes tarefas da previdência. Naquele momento, tratava-se de dar à instituição capacidade de agir significativamente em sua área; agora, trata-se de fracionar um poder visto como excessivo para um só órgão, de efetuar, de certa forma, uma divisão técnica de trabalho.

No que toca à questão da assistência médica, a criação do INAMPS constitui-se num - inevitável - reconhecimento de sua importância; como tal, tem um significado positivo, ainda mais quando se considera que sob esta sigla foram reunidos todos os serviços médicos da previdência social. Mas, se por um lado, isto é um reconhecimento da importância da assistência médica em si, por outro lado significa a possibilidade de se atuar segundo políticas unificadas; e isto pode não ser um bom sinal, quando se considera que até hoje a previdência social vem privilegiando fundamentalmente o interesse do capital investido no setor, e não o interesse dos beneficiários da previdência.

Na verdade, o problema real da assistência médica previdenciária está por trás das questões burocrático-administrativas. Como já foi dito repetidas vezes, o problema real é a questão do privilegiamento, ou não, da atenção médica privada, da obediência,

ou não, aos padrões de assistência médica seguidos nos países capitalistas industrializados.

O futuro da assistência médica no Brasil está nesta decisão: será mantido o padrão até agora seguido, ou será tentado um novo caminho que partindo das instituições governamentais, busque criar novas formas de atendimento médico individual e dê ênfase às medidas de saúde pública e à atenção médica voltada para as necessidades da maior parte da população?

Esta transformação, entretanto, não se fará através da publicação de bem intencionadas - ou pelo menos, bem elaboradas - propostas para a atuação da assistência à saúde, e que sequer são cumpridas. Ela exige mudanças bem mais profundas. A atual política governamental para a saúde apresenta comprometimentos tão sólidos com os interesses capitalistas que só uma proposição capaz de alcançar o setor saúde como um todo, e capaz de modificar a própria oferta de meios de consumo coletivo, poderá vir a mudar os atuais padrões. Sem esquecer que tal modificação só pode se dar a partir de profundas transformações no interior da sociedade, parece-nos que ela deveria, pelo menos, contemplar as seguintes questões:

1. Montagem de uma forma de financiamento e de um tipo de gasto estatal em saúde e saneamento inserido numa política global de redistribuição de renda. Neste sentido, caberia elevar o nível de participação do Ministério da Saúde nas dotações orçamentárias da União, que, como se viu, é declinante. Paralelamente, poder-se-ia alterar os esquemas de financiamento da previdência: a) modificação nas formas de contribuição das empresas, de modo a dificultar o repasse da contribuição patronal aos preços dos produtos (e isto estaria justificado pela ampliação do universo de ação da medicina previdenciária); b) elevação das contribuições da União para o sistema previdenciário.

Tais medidas são claramente apenas paliativas, já que a solução maior estaria na mudança do sistema tributário brasileiro, que tende a taxar mais fortemente os rendimentos do trabalho do que os do capital. Entretanto, o reordenamento financeiro nestes moldes significaria redistribuição de renda através da elevação dos gastos diretos do Estado com a atenção à saúde, bem

como tornariam efetivas as contribuições das empresas privadas ao sistema previdenciário, diminuindo o ônus sobre os assalariados.

2. Deste reordenamento financeiro deve decorrer uma maior integração dos gastos estatais: programas de dispêndio conexos entre INAMPS, Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e Hospitais Universitários. Trata-se de ampliar a prática de convênios entre estes quatro níveis, de modo a promover, a partir já da programação financeira, a integração entre medidas coletivas de atenção à saúde e assistência médico-individual, entre a prática médica curativa e a preventiva.

3. Em consequência, coloca-se a necessidade de uma integração efetiva da rede previdenciária com a rede não previdenciária do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Necessariamente, a programação da rede deve partir das unidades de atenção mais simplificadas para os hospitais de intervenção médica mais complexa. Semelhante re-estruturação deve ser fundamentada na integração da rede estatal, consultadas as necessidades das populações, segundo suas especificidades sócio-regionais, devendo ser previstas formas de participação dos usuários no controle da organização e funcionamento das unidades de serviços.

4. Esta re-estruturação da rede requer mudanças nos critérios de financiamento através do FAS, que deveria se constituir em órgão promotor dos recursos necessários às instalações e equipamentos da rede pública de serviços de saúde.

5. O aparelhamento desta rede estatal deve contemplar a formulação de uma política de formação de mão-de-obra pelo Ministério da Educação e Cultura, INAMPS e Ministério da Saúde, visando atender às necessidades nacionais em termos de sanitaristas, enfermeiros, nutricionistas e pessoal de nível intermediário e auxiliar. Isto, naturalmente, só pode se dar efetivamente se for realizada uma nova política de remuneração e classificação destes cargos.

6. Ampliação da atuação distribuidora da CEME, de modo que a rede de serviços possa dispor dos medicamentos básicos, a cui

tos adequados, tentando neutralizar as práticas oligopólicas da indústria farmacêutica. Devem ser criadas condições para que a indústria farmacêutica se volte para a produção dos fármacos destinados às doenças de massa.

Da mesma forma, uma adequada hierarquização técnica da rede de serviços deve considerar uma política estatal de regulação e acordos de produção com a indústria de equipamentos e aparatos médicos, visando neutralizar aí também as práticas competitivas que possam significar desperdício do ponto de vista social. Uma produção não regulada vem reforçando uma sofisticação tecnológica inadequada da rede de serviços. É necessário, assim, que se estimule o desenvolvimento tecnológico nacional, que considere as necessidades e possibilidades brasileiras, e que esteja integrado com a rede de serviços acima proposta.

7. A política brasileira de saneamento e de construção de habitações populares deve ser profundamente modificada, de modo a efetivamente alcançar a população mais carente. Devem ser criadas formas de financiamentos subsidiados, bem como deve ser desenvolvida uma tecnologia de saneamento e construção habitacional de baixo custo e adequada às condições brasileiras.

8. A rede privada hospitalar, ambulatorial e de serviços deve ser posta sob o mais rigoroso controle, enquanto ela ainda for necessária. Isto significa o abandono das atuais formas de pagamentos, a não concessão de financiamentos subsidiados, o estabelecimento de controles técnicos efetivos, sua subordinação à rede pública e às necessidades da população.

9. Finalmente, como ponto fundamental, cabe destacar a imperiosa necessidade da participação da população no controle do funcionamento dos serviços, a todos os seus níveis.

NOTAS

- (1) VI Conferência Nacional de Saúde: Política Nacional de Saúde, documento oficial do Ministério da Saúde.
- (2) Lei 6229.
- (3) VI Conferência Nacional de Saúde: Política Nacional de Saúde.
- (4) Idem.
- (5) Quadra, A. A. F. e Cordeiro, H. A., 1977.
- (6) VI Conferência Nacional de Saúde, Relatório Final.
- (7) IPEA, IPLAN, Documento Interno.
- (8) Idem.
- (9) Idem.
- (10) CNPq: Política Nacional de Saúde. Documento Interno.
- (11) Santos, Nelson Rodrigues: Aspectos da Organização e Implantação do PIASS; trabalho apresentado ao XIX Congresso Brasileiro de Higiene.
- (12) Exposição de Motivos ao Presidente da República referente à Lei 6349.
- (13) Idem.

BIBLIOGRAFIA CITADA

1. Arouca, A.S.S.: O dilema preventivista; tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, mimeo, 1975.
2. Arouca, A.S.S. e outros: O trabalho em saúde. Rio de Janeiro, PESES, mimeo, 1978.
3. Arrow, K.J.: "The Welfare economics of medical care", in Cooper M & Culyer A.J. (org.), Health Economics, Harmondsworth, Penguin Books, 1973.
4. Aureliano da Silva, Liana Maria L.: No limiar da industrialização; estado e acumulação de capital, 1919-1937. Campinas, Dissertação de Doutorado, UNICAMP, mimeo, 1976.
5. Bacha, E.L., Matta, M. e Mondanesi, R.L.: Encargos Trabalhistas e Absorção de Mão de Obra; IPEA, Rio de Janeiro, 1972.
6. Baltar, P.E.A., Diferença de salários e produtividade na estrutura industrial brasileira (1970). Campinas, 1977. Dissertação (Mestrado), UNICAMP.
7. Barat, Ana Maria: Estudo de Gastos do Setor Público com a Função Saúde; Secretaria Geral do Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 1973.
8. Barat, Ana Maria: Política Nacional de Saúde - transferências financeiras realizadas pelo Ministério da Saúde, mimeo, Rio de Janeiro, 1977.
9. Barbosa de Oliveira, C.A.: Considerações sobre a formação do capitalismo; Campinas, Dissertação de Mestrado, UNICAMP, mimeo, 1977.
10. Barral, E.: Economie de la santé. faits et chiffres; Dunod, Paris, 1977.

11. Barros Barreto, T.: Serviços Federais de saúde em 1938; prensa Nacional, Rio de Janeiro, s/d.
12. Belluzzo, L.G.: "A intervenção do Estado no período recente", Ensaio de Opinião, Rio de Janeiro, 1977.
13. Belluzzo, L.G.: Um estudo sobre a crítica da economia política; Campinas, Dissertação de Doutorado, UNICAMP, mimeo, 1975.
14. Belluzzo, L.G.M. & Cardoso de Mello, J.M.: "Reflexões sobre crise atual"; Escrita-Ensaio, 2, 1977.
15. Berliner, H.S.: "A larger perspective on the Flexner report", International Journal of Health Services, vol. 5, nº 4, 1975.
16. Berlinguer, G.: La salute nelle fabbriche, De Donato editore, Bari, 1975.
17. Berlinguer, G.: Medicina e Política; De Donato Editore, Bari, 3a. edição, 1976.
18. Blaug, M.: Economic theory in retrospect; Homewood, Ill., Richard D. Irwin, Inc., 1962.
19. Brasil: Plano SALTE; Departamento de Imprensa Nacional, Rio de Janeiro, 1950, p. 3.
20. Brown, E.R.: Public health in imperialism: early Rockefeller programs at home and abroad, University of California, School of Public Health, California, mimeo, 1975.
21. Canguilhem, G.: Lo normal y lo patológico. Siglo XXI, Buenos Aires, 1971.
22. Cano, W.: Raízes da concentração industrial em São Paulo, São Paulo, DIFEL, 1977.

- 000
23. Cardoso de Mello, João Manuel: O capitalismo tardio; Campinas, Dissertação de Doutorado, UNICAMP, mimeo, 1975.
 24. Cardoso de Mello, João Manuel: "O Estado brasileiro e os limites da estatização"; Ensaio de Opinião, Rio de Janeiro, 1977.
 25. Cardoso, F.H.: "O sistema oligárquico nos primeiros anos da República"; O Brasil Republicano, DIFEL, São Paulo, 1975.
 26. Carone, E.: A Segunda República, DIFEL, São Paulo, 1975.
 27. Carone, E.: A República Nova (1930-1937), DIFEL, São Paulo, 1975.
 28. Carone, E.: O Tenentismo, DIFEL, São Paulo, 1975.
 29. Costa, N.R.: "Oswaldo Cruz e a questão da saúde", Saúde em Debate, nº 4, 1977.
 30. Davies, W.: The Pharmaceutical Industry, Pergamon Press, Oxford, 1967.
 31. Dean, W.: A industrialização de São Paulo, EDUSP, São Paulo, 1971.
 32. Donnangelo, Maria C.: Medicina e Sociedade, Livraria Pioneira Ed., São Paulo, 1975.
 33. Draibe, Sônia Miriam: Notas para o Seminário sobre problemas e estudos de pós-graduação em Ciência Política. Campinas, UNICAMP, mimeo, 1977.
 34. Dupuy, J. P., Karsenty, S.: L'invasion pharmaceutique, Paris, Ed. du Seuil, 1974.
 35. Ehrenreich, B. e Ehrenreich, J.: The American health empire: power, profits and politics; Nova Iorque, Vintage Books, 1971.

36. Engels, F.: "The condition of the working class in England", in On Britain, Moscou, Foreign Languages Publishing House, 1962.
37. Fadul, W.: A municipalização das atividades de saúde; Ministério da Saúde, 1963.
38. Fausto, B.: A Revolução de 30; Brasiliense, São Paulo, 1970.
39. FIBGE: Encontro Brasileiro de Estudos Populacionais, Rio de Janeiro, 1976.
40. Foucault, M.: La naissance de la clinique, Presses Universitaires de France, Paris, 1972.
41. Foucault, M.: As palavras e as coisas, Lisboa, Portugalia Editora, 1968.
42. Foucault, M.: Segunda Conferência, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, UERJ, outubro-novembro, mimeo, 1974.
43. Frankel, J., Reis, A., Naidin, L.: Tecnologia e Competição na Indústria Farmacêutica Brasileira; Relatório FINEP, mimeo, 1978.
44. Fuchs, V.R.: "The output of the health industry", in Cooper, M. & Culyer, A.J. (org.): Health Economics, Harmondsworth, Penguin Books, 1973.
45. García, J.C.: La producción de conocimientos; OPAS, mimeo, 1976.
46. García, J.C.: La articulación de la medicina y de la educación en la estructura social; OPAS, mimeo, 1977.
47. Gentile de Mello, C.: Saúde e Assistência Médica no Brasil; São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1977.

48. González, V.: "Introducción a la temática de la salud y sociedad, Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, ano 1, nº 1, maio-agosto, 1975.
49. Guimarães, R., (org.): Saúde e Medicina no Brasil; Edições Graal, Rio de Janeiro, 1978.
50. Hobsbawn, E.V.: "The British standard of living, 1790-1850, in Taylor, A.J. (org.); The standard of living in Britain in the Industrial Revolution; Londres, Methuen & Co. Ltd. 1975.
51. Illich, I.: A expropriação da saúde, Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.
52. Kelman, S.: "Toward the Political Economy of Medical Care", Inquiry, vol. 8, nº 3, 1975.
53. Kowarick, L.: Estratégias do Planejamento Social no Brasil; Cadernos CEBRAP nº 2, São Paulo, s/d.
54. Krause, E.A.: "Health and the politics of technology; Inquiry, Vol. VIII, nº 3, set. 1971.
55. Lafitte, V.: "La 'consomation medicale' e le droit a la santé", "Les Cahiers du Centre d'Estudes et de Recherches Marxistes", nº 104, 1972.
56. Lathoude: Materia Medica Homeopatica, Editorial Albatros, Buenos Aires, 1975.
57. Lessa, C.F.: Quinze anos de política econômica; Cadernos IFCH, UNICAMP, nº 4, 1975.
58. Lessa, C.: Política Econômica: ciência ou ideologia? IFCH, UNICAMP, Dissertação de Doutorado, mimeo, 1977.
59. Lojkine, F.: Le marxisme, l'Etat et la question urbaine; Paris, PUF, 1977.

60. Luz, Madel: Políticas institucionais de saúde (1960 - 1964); Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 1976, (mimeo) p. 35.
61. Magalhães da Silveira, M.: "Programação de saúde pública", De desenvolvimento e Conjuntura, Rio de Janeiro, nº 7, julho de 1961.
62. Malloy, J.: "Previdência Social no Brasil; participação e paternalismo"; Dados, nº 13, 1976.
63. Malthus, I.R.: Essais sur le principe de population, Paris, Ed. Seghers, 1963.
64. Marx, K.: Histoire des doctrines économiques, Paris, Alfred Coster Ed., 1947.
65. Marx, K.: Salário, preço e lucro, Rio de Janeiro, Ed. Vitória, 1963.
66. Marx, K.: Fondements de la critique de l'économie politique; Paris, Anthropos, 1968.
67. Marx K.: Le Capital, Paris, Editions Sociales, 1972.
68. Medeiros, A.: Saúde e assistência, (s/e), 1926.
69. Ministério da Saúde: Política de Saúde II - Endemias Rurais; Rio de Janeiro, 1966.
70. Ministério do Planejamento: Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico Social, EPEA, Rio de Janeiro, 1966; Tomo VI, vol. 3 e 4, Saúde e Saneamento/Previdência Social.
71. Murray, M.: "The pharmaceutical industry: a study on corporate power", International Journal of Health Sciences, vol. 4, nº 4, 1974.

72. Mushkin, S.: "Health as investment", in Cooper, M. & Gulier, A. J. (org.): Health Economics, Harmondsworth, Penguin Books, 1973.
73. Mushkin, Selma J.: "Towards a definition of health economics", Public Health Report, 73: 758-793, 1958.
74. Myrdal, G.: "Les Aspects Economiques de la Santé," in Chroniques de la OMS, vol. 6, nº 7-8, 1952.
75. Myrdal, G.: Teoria Econômica e Regiões Subdesenvolvidas, Ed. Saga, Rio de Janeiro, 1956.
76. Nogueira, Oracy: Desenvolvimento de São Paulo: imigração estrangeira e nacional, CBPU, 1964.
77. Nogueira, R.P.: O conceito de polícia médica; trabalho apresentado no Curso de Mestrado em Medicina Social, UERJ, ms., 1975.
78. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS): Health planning: problems of concept and method; Scientific Publication nº 111, 1965.
79. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS): Planificación de la Salud en América Latina, Publicación Científica nº 272, 1973.
80. Pedroso, O., Mascarenhas, R., Moraes, N., e outros: "A assistência hospitalar no Brasil", Revista Paulista de Hospitais, ano XII, vol. XIII, nº 8, ago. 65.
81. Polack, J.C.: La médecine du capital, Paris, François Maspéro, Cahiers Libres 222-223, 1972.
82. Possas, M.R., Estrutura industrial brasileira; base produtiva e liderança dos mercados (1970), Campinas, Dissertação (Mestrado), UNICAMP, 1977

83. Quadra, A.A.F. e Cordeiro, H.A.: "Sistema Nacional de Saúde: antecedentes, tendências e barreiras", Revista de Administração Pública, jul/set. 1977, vol. 11.
84. Rezende da Silva, F.A. & Mahar, D.: Saúde e Previdência Social - uma análise econômica; Rio de Janeiro, IPEA/INPES, 1974. (Relatórios de pesquisa, 21).
85. Roberts, F.: "Where are we going?", British Medical Journal, 13.03.1948.
86. Rosen, G.: A history of public health, Nova Iorque, MD Publications, Inc, 1958.
87. Rosen, G.: From medical policy to social medicine: essays on the history of medical care; Nova Iorque, Science History Publications, 1974.
88. Rostow, W.W.: "El despegue hacia el crecimiento autosostenido", in Agarwala, A.M. e Singh, S.P., La economía del desarrollo, Madri, Editorial Tecnos, S/A, 1963.
89. Saes, D.: Industrialização, Populismo e Classe Média no Brasil, Cadernos do IFCH nº 6, UNICAMP, Campinas, 1976.
90. Saes, D.: O civilismo das camadas médias urbanas na Primeira República (1889-1930), Cadernos do IFCH nº 1, UNICAMP, Campinas, 1975.
91. Salzano, E.: Plano de Assistência Médica aos Municípios; Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 1956.
92. Schumpeter, J.A.: História da análise econômica, Rio de Janeiro, Ed. Fendo de Cultura, 1964.
93. Silva, H.: O Ciclo de Vargas (vol. III - XIII) Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 1964 e 1977.

94. Silva, S.S.: Expansão cafeeira e origens da indústria no Brasil; São Paulo, Alfa-Ômega, 1976.
95. Singer, P., Campos, O., Machado de Oliveira, Elizabeth: Pesquisa sobre economia da saúde no Brasil; São Paulo, CEBRAP, mimeo, 1977.
96. Sodré, N.W.: História Militar do Brasil; Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 1965.
97. Stepan, Nancy: Gênese e evolução da ciência no Brasil; Rio de Janeiro, Artenova, 1976.
98. Steudler, F.: L'hôpital en observation; Paris, Armand Colin, 1974.
99. Tavares de Almeida, Maria Hermínia: Desenvolvimento capitalista e ação sindical; Campinas, UNICAMP, 1977, mimeo.
100. Tavares, Maria da Conceição: Acumulação de capital e industrialização no Brasil; Rio de Janeiro, Dissertação de Livre Docência, Universidade Federal do Rio de Janeiro, mimeo, 1975.
101. Torres Ribeiro, Ana Clara, Picaluga, Izabel F., Costa, N. R.: Campanhas sanitárias e sua institucionalização; Rio de Janeiro, PESES, mimeo, 1978.
102. Weffort, F.C.: Classes populares e política, F.F.C.C., USP, São Paulo, 1968.
103. Weffort, F.C.: "Estado e Massas no Brasil", Revista de Civilização Brasileira, nº 7, 1965.
104. Winslow, C.E.A.: Le coût de la maladie et le prix de la santé, Genebra, OMS, 1952.
105. Wylie, M.C.: "The definition and measurement of health and disease", Public Health Reports, vol. 85, nº 2, 1970.

106. Yunes, J. & Ronchezal, V.S.C.: "Evolução da mortalidade geral, infantil e proporcional", Revista de Saúde Pública, 8, (Supl.), 1974.