

LUIZ CORDONI JUNIOR

MEDICINA COMUNITÁRIA

**EMERGÊNCIA E DESENVOLVIMENTO
NA SOCIEDADE BRASILEIRA**

LUIZ CORDONI JÚNIOR

**MEDICINA COMUNITÁRIA:
EMERGÊNCIA E DESENVOLVIMENTO NA SOCIEDADE BRASILEIRA**

Dissertação de mestrado, á
rea de Medicina Preventiva
do Curso de Pós-Graduação
da Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO - 1979

MEDICINA COMUNITÁRIA: EMERGÊNCIA E DESENVOLVIMENTO NA SOCIEDADE BRASILEIRA

Dissertação de mestrado, área de
Medicina Preventiva do Curso de
Pós-Graduação da Faculdade de Me
dicina da Universidade de
São Paulo

ORIENTADOR: PROF. DRA. MARIA CECÍLIA FERRO DONNANGELO

SÃO PAULO

1979

A presente monografia foi realizada com auxílio financeiro da CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e da FUEL Fundação Universidade Estadual de Londrina.

A meus pais

À Mariana e Lia

AGRADECIMENTOS

Ao se agradecer nominalmente às pessoas que contribuíram para a realização desta dissertação corre-se o risco de cometer injustiça ao se omitir algum nome. Maior injustiça, porém, seria deixar de mencionar a Dra. Maria Cecília F. Donnagelo que, operando milagres com o tempo, sempre teve disponibilidade para, pacientemente, orientar este trabalho; a Maria Júlia Giannasi pela revisão das notas bibliográficas e a Maria da Penha Silva pela datilografia, ambas trabalhando contra o relógio. Fico portanto, com a injustiça menor. Às demais pessoas que auxiliaram agradeço, desculpando-me por não nomeá-las.

Agradeço também aos colegas dos setores de Pediatria e Saúde Comunitária do Departamento Materno - Infantil e Saúde Comunitária da FUEL pela sobrecarga com que arcaram com minha saída para o curso de Pós-Graduação e pelas discussões que permitiram clarear muitos pontos da dissertação.

S U M Á R I O

Introdução.....	1
Capítulo 1. Relações entre o Estado e as Instituições de Saúde.....	3
Capítulo 2. A evolução dos serviços de saúde no Brasil (1930-1964).....	11
Capítulo 3. A atual política nacional de saúde: emergência da Medicina Comunitária.....	32
A assistência médica da previdência social.....	45
A saúde pública e a coerência da política nacional de saúde.....	50
Política de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares.....	56
Medicina Comunitária.....	59
Capítulo 4. Quatro programas em Medicina Comunitária.....	68
O PIASS.....	68
O sistema integrado de saúde do Norte de Minas.....	71
O PPREPS.....	74
Londrina.....	77
Aspectos geo-econômicos e de saúde da população.....	77
Organização dos serviços de saúde.....	79
Desenvolvimento da Medicina Comunitária em Londrina.....	80
Principais obstáculos ao desenvolvimento do trabalho....	83
Comentários sobre os programas.....	86
Capítulo 5. Perspectivas da Medicina Comunitária.....	88
Considerações Finais.....	97
Resumo.....	104
Summary.....	105
Bibliografia.....	106

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é fruto de questionamentos colocados por uma situação prática: os rumos que poderiam tomar uma experiência de Medicina Comunitária, restrita, mas com possibilidades de expansão, no município de Londrina.

Londrina, conta com um serviço de Medicina Comunitária que se iniciou com a implantação de uma unidade sanitária em um bairro da cidade em 1970, e que até 1976 expandiu-se através da implantação de mais uma unidade sanitária urbana e outra em distrito rural. Estiveram envolvidas nesta experiência a Fundação Universidade Estadual de Londrina e a Prefeitura Municipal de Londrina. Em 1976, inicia-se a participação da Fundação Kellog como produto de convênio firmado entre esta instituição e a Universidade. Em 1977 a Prefeitura Municipal, através de sua Secretaria de Saúde e Promoção Social, instala mais quatro unidades sanitárias, três urbanas e uma rural, e em 1978 a Universidade, em convênio com a Secretaria de Saúde e Bem Estar Social do Estado, implanta mais uma unidade rural. Também em 1978 a Secretaria de Saúde e Promoção Social do Município implantou mais quatro unidades sanitárias.

Todos estes fatos reforçam a idéia de um movimento de expansão de experiências em Medicina Comunitária, que têm como denominador comum a implantação de serviço de medicina simplificada em áreas urbanas periféricas e rurais. Paralelamente ao que vem ocorrendo em Londrina observa-se, à mesma época, uma expansão dos serviços de Medicina Comunitária a nível nacional. Pode-se, por exemplo, destacar a criação do sistema integrado de saúde do norte de Minas (região de Montes Claros) e a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS). Aparente

mente dentro do mesmo movimento se inserem as transformações operadas na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo - entre as quais destacam-se a reforma administrativa e a admissão de mais de uma centena de novos sanitaristas formados por um curso de saúde pública de curta duração criado por convênio entre a referida Secretaria e a Faculdade de Saúde Pública - transformações estas voltadas para a ampliação da cobertura e aumento da eficácia da rede de saúde do Estado. Inúmeras outras experiências isoladas de Medicina Comunitária vêm ocorrendo, sendo entretanto, fastidioso e desnecessário citá-las no momento.

O que os fatos relatados parecem configurar é um movimento de expansão da saúde pública a nível nacional, como qual o fenômeno observado em Londrina deve estar articulado. Compreender a natureza destes fenômenos para com maior clareza interferir no processo é a tarefa que se coloca para o presente trabalho.

O caminho para se obter as respostas desejadas parece indicado ao se reconhecer que os fatos observados na área da saúde são fenômenos sociais que encontram suas determinações predominantemente fora do domínio da área técnica do setor. Sendo assim, concebe-se que esta aparente ampliação da saúde pública por iniciativa do Estado, surge em algum momento político, historicamente determinado, correspondente a determinadas conjunturas econômicas. Será portanto, uma primeira tarefa proceder a uma breve análise sobre o tipo de sociedade em que ocorrem os fatos que se pretende examinar, enfocando principalmente a natureza do Estado.

Em decorrência destas concepções caberá, em seguida, a análise, ainda que sumária, da articulação dos serviços de saúde em sociedades capitalistas. Em sequência procurar-se-á proceder à descrição da evolução histórica dos serviços de saúde no Brasil, de onde emergem as propostas de Medicina Comunitária, e mais amplamente, a reativação da Saúde Pública. Esta descrição deverá desembocar na análise das perspectivas deste movimento sanitário.

CAPÍTULO 1. RELAÇÕES ENTRE O ESTADO E AS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Para melhor compreensão da estrutura deste trabalho há necessidade de se proceder a algumas considerações de ordem metodológica. Parte-se da concepção de que os fenômenos ocorridos na área da saúde são determinados por eventos sociais originários de esferas mais abrangentes da sociedade, onde o Estado joga importante papel. A elucidação da natureza do Estado e de alguns dos seus mecanismos de atuação visando a preservação da organização societária fornecerá importante subsídios para o entendimento dos fenômenos ocorridos na área da saúde.

Do ponto de vista metodológico aqui assumido, o Estado consiste num aparelho dotado de conteúdo, qual seja a preservação dos interesses da(s) classe(s) dominante(s) economicamente (1).

A preservação do tipo de organização societária será, portanto, a função principal do Estado. Para isto ele deve garantir a reprodução econômica, o que faz oferecendo condições materiais e políticas para a reprodução da força do trabalho. As condições materiais para a reprodução do capital são garantidas pelo Estado principalmente através de uma infraestrutura econômica como usinas elétricas, estradas, mão-de-obra especializada, etc, e a reprodução da força de trabalho é garantida não só pelo salário como por uma série de outras medidas tomadas na área "social" (habitação, saúde, previdência social e educação).

(1) PEREIRA, L. *Ensaio de sociologia do desenvolvimento*. 2.ed. São Paulo, 1975. p.16

Por outro lado, em uma sociedade de classes a preservação do tipo de organização societária supõe a preservação da dominação, assegurada em grande parte pela ação do Estado. Este age no sentido de manter e justificar o domínio da classe dirigente, assim como procura obter o consentimento ativo dos governados (2). Neste sentido o Estado pode ser concebido como "sociedade política mais sociedade civil, isto é, hegemonia revestida de coerção" (3). Ou seja, o Estado atua através de uma integração contraditória de coerção violenta e integração ideológica. A ideologia, entretanto, não é um discurso construído no vazio, mas ao contrário, sustentado por uma base material. Esta base material está contida no processo de produção e circulação do capital que cria a ilusão de liberdade, reciprocidade, igualdade entre os indivíduos (4) e é também criada pelo próprio Estado na medida em que este leva em conta, até certo ponto, os interesses materiais das classes subalternas (5). Este fato é de capital importância para a constituição da aparência do Estado neutro, acima das classes sociais... "ponto central da integração ideológica" (6).

Os chamados setores sociais (saúde, educação, habitação e previdência social) assumem maior importância como foco de interesse do Estado - o que se manifesta pela sua maior interferência na área - quando ocorrem isolada ou conjuntamente as situações seguintes: os setores sociais adquirem particular significado para o processo de acumulação, quer incidindo diretamente sobre o momento da produção, quer incidindo em um ou vários dos outros momentos - distribuição, troca ou consumo - porém sempre com reflexos imediatos para o processo de acumula

(2) GRAMSCI, A. *Maquiavel: a política e o Estado Moderno*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1978, p.87

(3) Id. *ibid.* p.149

(4) HIRSCH, J. Observações teóricas sobre o estado burguês e sua crise.

In: POULANTZAS, N., org. *O Estado em crise*. Rio de Janeiro, Graal, 1977. p.91

(5) Id. *ibid.* p.92

(6) Id. *ibid.* p.92

ção. Ou existe um aumento da importância do político devido ao surgimento ou exarcebção de tensões sociais geradas pela natureza da estrutura social - tensões que guardam o caráter potencial de evoluir para formas negadoras desta estrutura - e os "setores sociais" se configuram como alternativas possíveis de atenuar tais tensões.

Convém ressaltar que ao se focar os setores sociais não se está tomando tais setores em oposição aos econômicos. Esta dicotomia pode obscurecer a verdadeira natureza da questão. Este enfoque, que recusa ver o desenvolvimento social conjuntamente com o econômico, leva a uma concepção do termo social que se traduz em alguns objetivos específicos como, melhores padrões de vida, elevação dos padrões de educação, saúde, habitação, etc (7). "Esta especificação do "social" apresenta sérios problemas conceituais, na medida em que implica num corte analítico (social x econômico) de um processo (o desenvolvimento) que é unificado e cuja segmentação pode trazer sérios prejuízos para a compreensão do fenômeno no seu todo" (8), sendo difícil a delimitação exata entre as duas áreas. Do ponto de vista aqui assumido a citação abaixo resume bem a questão:

"Desse ângulo (a modificação estrutural), o desenvolvimento não é um "problema econômico" e tampouco um "problema social", um "problema cultural", um "problema político", etc. Ele possui o caráter de um problema macrosociológico que afeta toda organização da economia, da sociedade e da cultura e que diz respeito, essencialmente a todo "destino nacional", a curto ou a longo prazo" (9).

Fica esclarecido, portanto, que os setores sociais são aqui referidos com a conotação dada nas colocações precedentes.

(7) KOWARICK, L. *Estratégias de planejamento social no Brasil*. São Paulo, Brasiliense, 1976 p.7 (caderno CEBRAP, 2).

(8) Id. *ibid.* p.7

(9) FERNANDES, F. *Sociedades de classe e sub-desenvolvimento*. Apud KOWARICK *op. cit.* p.40

Como a Medicina, e em particular as instituições de saúde se inserem e se articulam no interior das sociedades consideradas?

Fundamenta a análise desta questão a seguinte concepção metodológica:

"Partimos de la afirmación de que la practica y el saber en el campo... de la salud están ligados a la transformación histórica del proceso de producción en la estructura social. En otras palabras, se sostiene que la estructura económica determina el lugar y la forma de articulación de la medicina ... en la estructura social" (10).

Desta forma, a organização das instituições de saúde e a prática médica respondem, em primeira instância, às exigências econômicas imediatas do capital. Assim é que a Medicina, enquanto prática social tem como uma de suas finalidades cuidar da força de trabalho (11). A reprodução da força de trabalho não diz respeito apenas àquela ativa inserida no modo de produção dominante, senão que diz respeito também à sua reposição, substituindo os trabalhadores que normalmente deixam de trabalhar (morte, doença, velhice, etc); à formação de nova força de trabalho a ser absorvida pela expansão das empresas; ao suprimento de necessidades originadas nas ocasiões em que ocorrem variações bruscas na quantidade de trabalho requerida pela produção.

Como a reprodução da força de trabalho é uma necessidade geral do capital, sendo ineficaz que cada empresa individualmente tome as iniciativas visando preservá-la, o Estado cria mecanismos para socializar esta preservação. Tal necessidade explica a presença direta, prestadora, ou indireta, normatizado

(10) GARCIA, J.C. *La articulación de la medicina y de la educación en la estructura social.* 58 p. (mimeogr.) p.2

(11) FOUCAULT, M. *1a. Conferência realizada no Instituto de Medicina Social.* Rio de Janeiro, s.d. 17 p. (mimeogr.) p.14

ra, reguladora, dos serviços de consumo coletivos, entre os quais os de saúde. Ademais, o financiamento dos serviços pelo Estado constitui-se em modalidade de salário indireto, que não incide direta e imediatamente sobre os custos da produção e a prestação de serviços diretamente pelo Estado, principalmente através da Saúde Pública, permite a socialização dos custos de um setor de pouco interesse para a iniciativa privada (12).

A reposição de trabalhadores em substituição àqueles que normalmente deixam o trabalho e a disponibilidade de força de trabalho necessária à ampliação das empresas é, em grande parte, suprida pelas crianças que atingem a idade de trabalhar. Este motivo é frequentemente invocado para explicar a intervenção estatal, que, geralmente através da Saúde Pública, oferece programas de saúde materno-infantil. Trata-se também de um processo de socialização dos custos da formação da força de trabalho (13, 14).

Para o trabalhador ativo inserido no modo dominante de produção a sociedade engendra - e aqui é também relevante o papel do Estado - mecanismos de preservação da força de trabalho (e não necessariamente do trabalhador individual) (15). Neste caso a Medicina atua como fator de manutenção e elevação da pro

(12) RIBEIRO, A.C.T. Elementos conceituais desenvolvidos pela pesquisa: campanhas sanitárias e sua institucionalização - análise preliminar. In: REUNIÃO ANUAL DA SBPC, 29, São Paulo, julho 1977. 27 p. (mimeo gr.) p. 11

(13) AROUCA, A.S.S. *O dilema preventivista*: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Tese-Doutoramento - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1975. p. 216.

(14) DONNANGELO, M.C.F. *Medicina e estrutura social*: o campo de emergências da medicina comunitária. Tese-Livre docência - Faculdade de Medicina da USP. São Paulo, 1976. p. 36.

(15) AROUCA op. cit. p. 217.

atividade, operando sobre o aumento da produção de mais-valia, especialmente a mais-valia relativa (16). O exemplo mais marcante deste papel pode ser encontrado examinando-se os serviços médicos de empresas.

Ainda relacionada com as exigências imediatas do capital está a função que desenvolve a medicina moderna de viabilizar a realização do valor de mercadorias como medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, possibilitando o desenvolvimento dos setores industriais correspondentes (17, 18). De fato, todo um complexo industrial é posto em funcionamento em íntima articulação com a Medicina. A modernização da prática médica determinada por estes setores industriais exerce marcada influência sobre a estrutura dos serviços e sobre as necessidades de saúde, orientando, portanto, a demanda. Agem no sentido da medicalização tanto quantitativamente (questões antes de domínio popular passam à esfera da prática médica) como qualitativamente (por exemplo: o aumento do prestígio dos especialistas, notadamente os que utilizam equipamentos modernos).

O desenvolvimento de setores industriais, intensificando o uso de equipamentos de alto custo e rápida obsolescência de terminam a separação do trabalhador médico dos seus meios de trabalho, ensejando o aparecimento de novas modalidades de organização da produção dos serviços de saúde (19). Perde com isto o médico a relativa autonomia profissional, passando a depender, cada vez mais, de instituições com capacidade de mobilização de elevadas somas de capital, para a realização do seu trabalho.

Outra consequência deste desenvolvimento industrial diz respeito ao aumento da dependência dos países periféricos em

(16) DONNANGELO op. cit. p.32-3

(17) Id. ibid. p.10

(18) AROUCA op. cit.

(19) DONNANGELO op. cit. p.12

relação aos centrais. A elevada tecnologia requerida e a necessidade de mobilização de grandes somas de capital, indispensáveis para a realização da produção neste setor, aliadas a taxas de lucro altamente compensadoras, coloca o setor sob interesse e ao alcance de grandes empresas multinacionais.

Também em ocasiões em que se expande a fronteira de produção assume a Medicina importante papel diretamente vinculado às exigências econômicas imediatas (20). É o caso da implantação de serviços de saúde e saneamento em áreas rurais onde se prepara a penetração das relações de produção capitalista.

Por fim, todo esse processo de medicalização da sociedade termina por criar necessidades específicas, o que torna a área dos serviços de saúde também área de inversão de capital, que irá operar dentro da lógica da acumulação, buscando o lucro máximo e criando a demanda através da contínua recriação de necessidades.

Em segunda instância as instituições de saúde e a prática médica respondem aos interesses mediatos do capital, mediadas pelo político e pelo ideológico. Explicando melhor: os serviços de saúde contribuem para a criação das condições gerais da produção capitalista (estabilidade social), através de uma função política e ideológica. Isto é facilmente observável nos serviços de Saúde Pública, dirigidos a população que não aquelas plenamente inseridas no modo dominante de produção, como por exemplo, as populações ditas "marginais", crianças, etc.

De fato, nas formações sociais aqui consideradas, em que as relações de produção ocorrem no seio da contradição entre o caráter social da produção e o caráter privado da apropriação, está constantemente presente a possibilidade de se manifestarem ao nível político, sob a forma de antagonismo, a contradição já

(20) GARCIA op. cit.

presente ao nível da estrutura produtiva. SINGER (21) relaciona a criação de serviços de saúde no século XIX às tensões sociais geradas pelas condições de saúde determinadas pela Revolução Industrial.

A Saúde Pública adquire esta função político-ideológica quer assegurando a prestação de serviços a determinadas populações específicas (onde são maiores as tensões sociais presentes ou potenciais), quer dando sustentação ao discurso igualitário do Estado. Neste caso, ainda quando realiza poucas e ineficazes ações de saúde, ela se presta à composição da imagem do Estado que dá conta da sua parcela de responsabilidade ao aceitar num primeiro momento (ao nível do discurso) a responsabilidade pela saúde dos cidadãos para a seguir reparti-la por um espaço tão amplo e genérico, que equivale à sua própria insenção. Veja-se por exemplo os programas de Puericultura que, em geral, repassam às famílias e às mães, principalmente, a responsabilidade pela saúde das crianças atendidas, e as campanhas de educação sanitária nas quais a "responsabilidade" da saúde pública é repassar a responsabilidade pela saúde dos cidadãos e eles próprios.

O privilegiamento do aspecto político-ideológico para apreender determinadas formas de organização de serviços e ações de saúde não exclui a possibilidade de, simultaneamente tais formas estarem também respondendo a interesses econômicos imediatos do capital... "quer por ativarem determinadas áreas de produção, quer por representarem a garantia de salário indireto" ... (22)

Cabe ainda lembrar que a subordinação das instituições de saúde à lógica dos interesses imediatos ou mediatos do capital, não impede necessariamente e por vezes podem favorecer a adoção de medidas capazes de interferir positivamente com a saúde das populações.

(21) SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E.M. *Prevenir e curar*. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1978 p.20-1

(22) DONNANGELO op. cit. p. 47

CAPÍTULO 2. A EVOLUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL (1930-1964)

As análises da evolução dos serviços de saúde no Brasil, realizadas com a finalidade de compreender as políticas de saúde de recentes fixam, geralmente, o ano de 1930 como data de referência. De fato, estão nas profundas modificações ocorridas na sociedade brasileira a partir da Revolução de 30 algumas das raízes das atuais manifestações observadas em diversos setores, incluindo o da saúde.

Um dos fatos a chamar a atenção durante os idos de 1930 é a presença do Estado a interferir de maneira crescente na vida nacional. Vêm citadas a seguir algumas medidas tomadas na área da saúde pública que ilustram esta intervenção. Em 1930 cria-se o Ministério da Educação e Saúde que passa a ordenar as atividades de saúde, tarefa antes ao encargo do Ministério da Justiça e Negócios Interiores (1). Somente no ano de 1934 criam-se no Ministério de Educação e Saúde nada menos de cinco diretorias (2). Em 1936 organiza-se a campanha contra a Tuberculose e em 1937 o Governo Federal assume a gerência da luta anti-tuberculose (3). A partir de 1940 reorganizam-se e

(1) LUZ, M.T. Saúde e instituições médicas no Brasil. In: GUIMARÃES, R., org. *Saúde e medicina no Brasil: Contribuição para um debate*. Rio de Janeiro, Graal, 1978. p.159

(2) PICALUGA, I.F. Conjuntura sanitária, 1930/1937. In: RIBEIRO, A.C.T.; PICALUGA, I.F.; COSTA, N.R. *Campanhas sanitárias e sua institucionalização: um estudo histórico da saúde pública no Brasil (texto provisório)*. s.n.t (mimeogr.) 47 p. p.25

São as seguintes as diretorias: Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social; Diretoria Sanitária Internacional e da Capital da República; Diretoria dos Serviços Sanitários no Estados; Diretoria dos Serviços Sanitários nos Estados; Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância e Diretoria de Assistência Hospitalar.

(3) Id. *ibid.* p. 26

ampliam-se as organizações estaduais de saúde e o Governo Federal concentra esforços no combate às edemias rurais e na proteção à maternidade e à infância (4). Em 1942 é criado o Serviço Especial de Saúde Pública, mantido principalmente pela Fundação Rockefeller, mas inserido dentro da política ministerial.

Na área da assistência médica a interferência estatal também se processa de maneira marcante, predominantemente no interior de organismos previdenciários que passam a ser criados, um após outro, por iniciativa do próprio Estado:

1930 Conselho Superior da Previdência Social; 1931 Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos; 1934 O I.A.P. dos Comerciários e o dos Bancários; 1936 O I.A.P. dos Industriários e 1938 o I.A.P. dos Trabalhadores em Transportes e Cargas (5).

Como entender o caráter destas intervenções estatais, em grande parte determinantes dos rumos que tomaram posteriormente os serviços de saúde e, determinadas elas próprias pelos fenômenos sociais mais amplos que tinham lugar na sociedade brasileira à época considerada?

Segundo LUZ, "as instituições médicas, que a partir de 30 tomam cada vez mais a forma de aparelho de estado, aparecem... como dupla resposta: resposta às reivindicações dos movimentos sociais da década de 20 e resposta de um sistema de poder que tentará a realização do processo de industrialização da sociedade brasileira com o mínimo de transformações sociais que impliquem em repartição da riqueza ou das decisões" (6).

Para melhor se entender esta afirmação é interessante tentar uma breve análise dos fenômenos sociais que tiveram início

(4) LUZ op. cit. p. 160

(5) DONNANGELO, M.C.F. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo, Pioneira, 1975. p.7-23

(6) LUZ op. cit. p. 160

em 1930. A Revolução corresponde a uma reorganização do Estado Brasileiro, assentada em um novo pacto entre setores da classe dominante e em um novo relacionamento desta com as classes populares. PEREIRA (7) chega a identificar a década de 30 como a do início da Revolução Industrial no Brasil e IANNI (8) caracteriza o Estado surgido da Revolução como aquela propriamente burguês, em substituição ao Estado oligárquico, característico da República Velha. Em verdade, não houve propriamente ruptura da forma como se ordenava a vida social, mas sim uma recomposição das forças políticas da nação, que irá determinar o surgimento do populismo, o qual, através do aparelho de Estado, procurará implementar o desenvolvimento nacional autônomo e que corresponde, no plano político, a um esforço no sentido de promover uma aliança de classes(9). Estas as vertentes que deverão orientar as políticas do Estado, orientadas, principalmente no interesse da burguesia urbana, embora fortemente influenciadas ainda por longo período pelos setores ligados à cafeicultura.

No plano econômico inaugura-se o período designado como o de substituição de importações. O Estado, cada vez mais interventor, gera uma série de medidas protecionistas a setores da economia nacional, especialmente o industrial. Tratava-se, segundo IANNI (10), de... "reformular a dependência estrutural

(7) PEREIRA, L.C.B. *Desenvolvimento e crise no Brasil*. 7 ed. São Paulo, Brasiliense, 1977 p.33

(8) IANNI, O. *Estado e planejamento econômico no Brasil (1930-1970)*. 2ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1977, p.302.

(9) FAUSTO, B. Populismo, capítulo encerrado. *Caderno de Debate*, São Paulo, (1): 33, 1976

(10) IANNI op. cit. p.33

que caracterizava o subsistema econômico brasileiro"(11) .Tal política logra contribuir positivamente para a industrialização/urbanização da sociedade brasileira, tendência que já se observava desde o início do século e que se acelera no momento ora considerado.

A implementação de um novo projeto econômico encontra sua viabilidade na nova forma de se fazer política, o populismo, preservando o caráter fundamental do Estado. Os "problemas sociais" deixam de ser "casos de polícia" para serem tratados de forma diversa.

Os movimentos sociais da década de 20 indicam a presença de novos atores na cena política. Estas forças representadas pelos primeiros núcleos proletários e de classe média, que por sua vez passam a representar a possibilidade de expansão do consumo interno, deverão ser levados em conta pelo Estado(12). Uma das formas através da qual o populismo vai tratar estas questões será a cooptação de setores das classes populares através de instituições relativas ao trabalho e à saúde (13).

É de interesse notar que o populismo busca preservar o tipo de organização societária ao mesmo tempo que consegue manter uma ilusão de redistribuição de renda, possibilitada pela expansão industrial que amplia o número e o espectro dos em

(11) Convém lembrar que a crise econômica de 1929-1933 assume particular importância como desencadeante da Revolução de 30 e como fator condicionante da política econômica posta em prática nos anos subsequentes, pois colocou em evidência a fragilidade do modelo econômico agrário exportador baseado na monocultura do café. Cf. Id., ibid. p.18-9.

(12) Id, ibid. p.17

(13) PICALUGA op. cit. p.18

pregos (14) e pela forma de conduzir a política de modo... "a fazer aparecer como doação o que era uma reivindicação, em chegar atrasado e, contudo, dar a entender que se está antecipando" (15).

A centralização política passa a ser necessária para que o Estado possa melhor arbitrar as divergências no seio da classe dominante, tendencialmente em favor do segmento hegemônico e para melhor conter eventuais avanços das organizações populares, já ensaiados na década de 20.

Esboçada esta análise dos fenômenos sociais iniciados em 1930 e cujas características principais iriam perdurar por, pelo menos mais quinze anos, pode-se agora retornar à apreciação do que vinha ocorrendo na área da saúde.

Em primeiro lugar, a industrialização e principalmente a urbanização trazem uma mudança no quadro nosológico. Assume maior importância as doenças de massa - que resultam ou são agravadas pelas condições de vida e de trabalho, muitas vezes impostas pela urbanização e ou industrialização - em lugar das doenças pestilenciais, onde as condições de vida e de trabalho não adquirem a mesma importância (16). Ou seja, coloca-se a contradição: as mesmas condições necessárias para o crescimento econômico minam a saúde dos que o promovem, ao mesmo tempo que agrega os trabalhadores, o que representa ameaça à nova Ordem (17). Este fato termina por impor a interferência estatal, o que é facilitado pela progressiva cen

(14) OLIVEIRA, F. Apud WEFFORT, F.C. Do anarquismo ao populismo. *Cadernos de Debate*, São Paulo, (1):82, 1976. O autor explica que o valor do trabalho cai durante o período populista, embora um grupo majoritário da classe trabalhadora experimente uma ascensão em termos de mobilidade interna à classe. Isto foi possível pelo aumento e diversificação dos empregos.

(15) WEFFORT, F.C. O populismo e a farsa. *Rev. Isto é*. (137):16, 1979.

(16) LUZ op. cit. p. 158

(17) Id, *ibid.* p. 158

tralização vigente a partir dos anos 30. Esclarecendo melhor: as doenças de massa aduzem mais um fator potencialmente capaz de agravar tensões sociais presentes ou potenciais, que deverão ser absorvidas. É de fato, a partir de 1934 o Govêrno Federal toma uma série de medidas no campo da saúde pública, algumas delas relacionadas parágrafos atrás. Estas medidas limitavam-se, em geral, a orientar ou reorientar a atuação da saúde pública no espaço urbano (18), que agora se define como espaço político privilegiado no jogo entre classes sociais. PICALUGA (19) citando MALLOY, interpreta o caráter destas medidas como semelhante àquele identificado na política previdenciária, qual seja, o de servir de instrumento de cooptação e de controle da classe trabalhadora. Não foge, portanto, a ação do Estado na área da saúde pública, da tônica da ação política do populismo, que, no entanto, dentro do setor saúde, melhor se explicita quando se examina os fatos ocorridos com a atenção médica e com a previdência social. É o que se fará a seguir (20).

A análise da evolução da assistência médica, que se deu predominantemente no seio da previdência social, foi empreendida por DONNANGELO (21), de onde se procurará extrair os dados mais relevantes para este trabalho.

Segundo a autora, a política de atenção médica pode ser entendida no contexto da política trabalhista em que se insere, cumprindo principiamente duas finalidades: a suavização de tensões sociais e o controle da força de trabalho, ambas resultan

(18) PICALUGA op. cit. p.25

(19) Id. ibid. p.25

(20) De passagem, interessa assinalar que no período de 1930 a 1934 observa-se uma quase ausência de doenças registradas pelas estatísticas oficiais e a ausência de campanhas sanitárias de emergência ou rotinizadas (exceto a de tuberculose). A explicação invocada é que neste período se busca preservar a imagem do novo Estado surgido com a Revolução. Cf. Id., ibid. p.24-5 Medida de caráter ideológico que certamente cumpriu função importante no início do período de Brasil novo, mas que não resistiria por mais tempo, batida pela dinâmica da sociedade que impunha novas formulações.

(21) DONNANGELO, 1975. op. cit.

tes do processo de urbanização/industrialização que ocorria e que determinava um novo padrão de relacionamento entre as classes sociais (pp. 13 e 14). A estreita vinculação da política previdenciária com a força de trabalho e a expressão política dos grupos sociais urbanos que surgem ou mais se desenvolvem podem ser observada até mesmo na sequência de criação dos IAPs: aparecem primeiramente aqueles que beneficiam os setores de serviços, refletindo a anterioridade da urbanização sobre a industrialização e sua dependência original da economia agrário-exportadora; a evolução posterior com a tendência de cobrir toda a força de trabalho assalariada urbana expressa a importância de novos grupos sociais que emergem na etapa urbano-industrial da sociedade brasileira. A extensão progressiva dos direitos sociais a todos assalariados urbanos já se esboça no início da década de 30, quando da criação dos IAPs, que representam a ampliação da abrangência do seguro social, que passa do âmbito das empresas isoladas para grupos de empresas de mesma categoria (de navegação, comércio, indústria, etc). Este mesmo fenômeno evidencia a interferência do Estado, que através do Ministério do Trabalho passa a arbitrar questões que antes tinham a ver com empregados e empregadores, numa vinculação direta (pp.14-5).

Passado o período de criação dos IAPs, a evolução da previdência caracteriza-se pelo crescimento financeiro das instituições, resultado da incorporação progressiva de segurados, e de intenso debate acerca da uniformização e unificação dos institutos (p.16). Crescimento financeiro e unificação -eis os dois elementos em que irão se fundamentar as posteriores tentativas de racionalização dos serviços previdenciários: o acúmulo de recursos financeiros possibilitando a sua transformação em capital e a unificação permitindo a centralização administrativa, requisito indispensável para se obter a maior eficiência. A unificação só se completará em 1967 com a instalação do INPS, consolidando-se em 1978 com a criação do INAMPS, ambos os fatos ocorridos em um Estado que logra afastar a interferência da classe trabalhadora, obstáculo maior à consecução deste tipo de racionalidade.

A unificação corresponde, no discurso do Estado, à tradução da aspiração dos trabalhadores pela uniformização dos padrões de atendimento. De fato, o que se registra como aspiração dos beneficiários dos IAPs é a melhoria dos padrões de atendimento (22). Esta aspiração pela melhoria da qualidade dos serviços e benefícios está contida no interior de uma aspiração maior, que é a de ampliação das oportunidades de acesso aos bens e serviços proporcionados pela urbanização/ industrialização. Esta aspiração não satisfeita é o produto do descompasso entre urbanização intensa e o ritmo e modelo de industrialização, que cria novas necessidades, mas não cria empregos e renda-salário à mesma proporção (23).

Entre as tentativas de unificação DONNANGELO (24) aponta algumas mais relevantes: a criação do Instituto de Serviços Sociais do Brasil em 1945, que pretendia a unificação e ampliação do sistema, que deveria cobrir igualitariamente toda a população do país, com atividade remunerada, acima de 14 anos (25); os debates parlamentares que se seguiram à apresentação do Projeto Aloysio Alves, em 1947 e que se estendem até 1960, levando, no final do segundo governo Vargas, à quase concretização

(22) LUZ, M.T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro, Graal, 1979. p.83.

(23) PEREIRA, L. Urbanização sociopática e tensões sociais na América Latina. In: _____ op. cit. cap.3

(24) DONNANGELO, 1975 op. cit. p.21-2

(25) DONNANGELO, citando Leite Barroso, refere que "essa idéia foi retomada no Governo de João Goulart e tomou a forma de anteprojeto a ser examinado no interior da Reforma Administrativa. Preconizava a criação de um Ministério da Previdência e Assistência Social e a instalação do Instituto de Serviços Sociais do Brasil, que deveria absorver todos os demais". Cf. Id., ibid. p.21.

da unificação (26).

A progressiva incorporação da assistência médica pelos organismos de previdência, como demonstra DONNANGELO (27), não obedeceu a uma postura racionalizadora do Estado em relação ao setor saúde, mas respondeu à necessidade de preservação da força de trabalho dos setores mais dinâmicos da economia e, principalmente, à necessidade de equilíbrio orçamentário atual (*), e à pressão de demanda por serviços.

Examinando a legislação de organização ou reorganização dos Institutos, a autora demonstra que a prestação de assistência médica foi sempre caracterizada como tarefa secundária das Instituições. Desta forma, não previam a obrigatoriedade de criação de uma infra estrutura própria de produção de tais serviços; pelo contrário, frequentemente a legislação deixava em aberto a possibilidade de os Institutos financiarem a assistência médica a ser prestada por produtores privados. São expressivas algumas referências que faz a legislação a respeito: o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários prevê que os serviços de assistência médica poderá ser prestado pela própria instituição ou através de convênios, inclusive com estabelecimentos hospitalares; o IAP dos Empregados em Transportes e Cargas prevê que a... "Assistência mé

(26) Trata-se do decreto nº 35.448 de 1º de maio de 1954, que aprovou o Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadorias e Pensões e que estabelecia: "plano idêntico de benefícios, custeio e administração; criação de comunidades administrativas ou comunidades de serviços para a prestação de assistência médica, e readaptação profissional; aplicação do regime de previdência aos trabalhadores rurais, domésticos e autônomos e profissionais liberais. Foi revogado a 3 de setembro de 1954". Cf. Id, ibid. p.22.

(27) Id, ibid. p.23-34

* A inclusão da atenção médica nos Institutos possibilitava a redução de gastos com outros benefícios como aposentadoria por invalidez e seguro-doença, que em alguns Institutos consumia tão alta proporção dos fundos que chegava a por em risco o equilíbrio orçamentário.

dica será ministrada diretamente ou mediante contratos com terceiros"; o IAP dos Comerciantes preconiza que os serviços referidos "... serão prestados diretamente pelo Instituto ou mediante contratos com instituições idôneas". (28)

A progressiva valorização do consumo da atenção médica, no plano coletivo adquire ampliada dimensão e significado político devido aos processos então em desenvolvimento no interior da sociedade brasileira:

" - o crescimento acelerado da população urbana, acarretando a ampliação quantitativa das necessidades de consumo:

- o caráter particular dessa urbanização relacionado à discrepância entre ampliação quantitativa mas também qualitativa das necessidades de consumo, e os limites de satisfação possível dessas necessidades, decorrentes dos níveis de emprego e da parcela de renda que cabe ao assalariado;

- a participação dos assalariados no processo político e as vias "legítimas" ou "ilegítimas" pelas quais eles principiam a manifestar-se;

- a forma de captação das reivindicações populares pelo aparelho estatal, frequentemente analisada sob o ângulo do "populismo";

- o conteúdo das aspirações dos assalariados frente às alternativas de participação no sistema econômico e que, ao adquirirem mais frequentemente o caráter de reivindicação por melhores níveis de vida, favorecem a sua legitimação pelo Estado". (29)

Mediante estes fenômenos a politização do setor saúde passa a figurar como interesse do Estado, que irá efetivamente contribuir para que isto ocorra de maneira crescente.

(28) Id. *ibid.* p.26-7

(29) Id. *ibid.* p.31-2

LUZ (30) identifica esta politização setorial como a compartimentalização institucional de reivindicações globais, necessariamente vinculadas ao conjunto das condições da produção social.

"A medicalização social não aparece geralmente na história política brasileira como ponto prioritário nas lutas operárias ou nos movimentos sociais mais amplos. Na verdade, no que concerne às classes trabalhadoras, as reivindicações ligadas à medicalização, quando aparecem, sempre estão subordinadas às reivindicações por melhores condições de trabalho" (31).

A mesma autora afirma que as reivindicações específicas por saúde não aparecem como ponto prioritário nas lutas operárias nos períodos de intensa mobilização: 1901 a 1910, 25-30, 50-54 ou 55-60 (32).

Procurou-se evidenciar até este ponto, as principais razões pelas quais a assistência médica, tendencialmente foi assumindo maior importância dentro da área da saúde, quando comparada com a saúde pública, ao mesmo tempo que foi ganhando maior destaque no interior da sociedade brasileira (33,34).

(30) LUZ, M.T. 1979. op. cit. p.83

(31) Id. ibid. p.84

(32) Id. ibid. p. 114

(33) Outros fatores além dos analisados foram coadjuvantes nessa tendência. No plano das relações internacionais, por exemplo, a crise econômica dos anos 30, e posteriormente a guerra afrouxaram a influência norte-americana permitindo que na área da saúde, a ênfase das ações, até então licalizadas no saneamento dos portos e rotas para a extração e circulação de matérias-primas se deslocasse para a atenção de necessidades individuais, contribuindo para o desenvolvimento da atenção médica como prática dominante, o que de resto é o que acontece habitualmente em formações sociais capitalistas. Cf. GARCIA op. cit. p.22

(34) BRAGA, analisando os gastos do setor saúde, relata que até meados da década de 60 o sub-setor de saúde pública predomina sobre o da medicina previdenciária. Esta ganha impulso pricipalmente a partir dos fins da década dos 50. Cf. BRAGA, J.C. *A questão da saúde no Brasil*. Dissertação de Mestrado - Departamento de Economia e Planejamento da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1978. p.15-6. Entretanto, este fato não significa que a assistência médica não estivesse crescendo de importância no decorrer do período considerado.

Este destaque porém, embora progressivo, foi relativamente lento até 1967, quando comparado com os anos posteriores a esta data, como adiante se verá.

LUZ (35) refere-se a atenção médica como "peça fundamental na estratégia de hegemonia nas políticas do Estado". Cita como marco importante da ascensão da atenção médica no mundo capitalista o plano Beveridge, da Inglaterra, em 1942, que em seus desdobramentos, deu origem a uma ampla reformulação do sistema de saúde inglês, posto em prática em 1948. Entre nós a autora aponta o Plano Coutinho (1931), primeiro documento visando a unificação da Previdência, como primeiro passo para a elevação da atenção médica como prática dominante. "A universalização da atenção médica previdenciária, curativista é projeto de hegemonia de classe no sistema capitalista de produção, a nível internacional, desde o final da guerra, há mais de trinta anos" (36).

Segundo a autora, este projeto só terá condições de se constituir em prática institucional efetiva após 1964 e dominante após 1968 (37).

Convém reter ainda que os traços da feição que veio tomar a assistência médica da previdência estavam contidos em seus primórdios: a racionalização (cujas condições se encontram dados pelo crescimento financeiro e pela centralização) e a dominação de prestação de serviços pelo produtor privado.

(35) LUZ, 1979. op. cit. p. 90

(36) Id, ibid. p. 18

(37) Id, ibid. p. 18

*

*

Antes que se prossiga na análise da evolução das instituições de saúde é necessário fazer algumas considerações de respeito a alguns fatos que marcaram a evolução da sociedade brasileira entre 1946 e 1964.

Com o final de guerra, em 1945, ocorre uma reordenação de forças no plano internacional. Conjuradas as idéias totalitárias do nazi-facismo ganham vulto as liberais. Este o pano de fundo ideológico sobre o qual irá se assentar a reelaboração das condições da dependência do País, que agora se dirige para a reintegração da economia nacional no sistema econômico mundial, sob a hegemonia dos Estados Unidos (38).

O resultado da política liberal, onde a intervenção estatal diminui sensivelmente, adotada pelo Governo do General Eurico de Gaspar Dutra é, de fato, o aprofundamento da dependência do País com relação às nações capitalistas avançadas sob a hegemonia norte americana. Entre 1946 e 1950 criam-se condições que irão facilitar a entrada e a saída de capitais estrangeiros. Entretanto, à essa época, não se configura ainda uma política articulada de inversões estrangeiras no país, o que começará ocorrer de maneira marcante durante o governo de Kubitscheck. Haja visto que os 600 milhões de dólares em divisas-ouro acumulados durante os anos anteriores são dispendidos principalmente em importação de artigos de consumo supérfluos ou suntuários (39,40). O que se quer destacar é que não

(38) IANNI, op. cit. p.91

(39) PRADO, Jr., C. *História econômica do Brasil* 3.ed. São Paulo, Brasiliense, 1953. p-307-9.

(40) COSTA, J.C. *Pequena história da República*. 3.ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1974. p.121.

se desenvolveu um projeto amplo de implantação de empresas sob controle do capital estrangeiro, o que só irá se concretizar posteriormente.

De fato, passado o período do segundo governo Vargas, durante o qual há um esforço para reorientar a economia nacional no sentido de uma menor dependência (41), encontra-se o capitalismo mundial em uma nova fase de expansão. A primeira metade da década de cinquenta irá encontrar as capitais norte-americanas em busca de novas fronteiras de expansão e do aprofundamento do seu desenvolvimento em área em que já se encontrava instalado (42).

Por outro lado, a industrialização brasileira havia chegado a uma fase em que esbarrava com o estrangulamento determinado pelo setor externo, dadas as relações de interdependência e complementariedade inerentes à estrutura econômica brasileira da época (43). Através da análise do Programa de metas pode-se bem avaliar a forma sob a qual aprofundou-se a dependência econômica. IANNI (44) revela que este programa... "implica na adoção de uma política econômica de associação e interdependência, em âmbito internacional", ou seja... "na reelaboração da dependência estrutural, que sempre caracterizou a economia brasileira" (45). Tratava-se de um período em que a economia brasileira ingressava em uma nova fase ascensional do ciclo de

(41) São, entre outras, manifestações dessa tentativa: a aproximação do governo com a CEPAL que se esforçava para reelaborar as concepções latino-americanas tradicionais sobre o crescimento e desenvolvimento econômico, o que vinha despertando reações negativas dos governantes dos Estados Unidos, e a criação da Petrobrás. Cf. IANNI op. cit. p.115

(42) Id. ibid. p.143

(43) Id. ibid. p.145

(44) Id. ibid. p.145

(45) Outros exemplos do mesmo fenômeno são citados por Pereira: "O governo federal incentivou a entrada de capitais estrangeiros diretos, seja através da instrução 113 da SUMOC, baixada pelo governo de transição que sucedeu ao suicídio de Getúlio Vargas, e que chegava ao exagero de discriminar contra as empresas nacionais, em favor das estrangeiras, até os grandes incentivos cambiais, tarifários, fiscais e creditícios que o Governo Federal proporcionou"... Cf. PEREIRA, L.C.B. op. cit. p.51.

conjuntura, que deveria durar até 1961 (46). A intensa industrialização que ocorre nesta época se dá na área de produção de bens de consumo duráveis, o que amplia a dependência à base da necessidade de importação de insumos básicos e bens de capital, além de aumentar a remessa de lucros, juros, royalties dos capitais externos e remessas para pagamento de tecnologia (47).

O aprofundamento da dependência levado a efeito neste período marcará profundamente a sociedade brasileira. O estilo populista de se fazer política fixa um descompasso com relação à tendência do modelo econômico. Tal descompasso será resolvido com o golpe militar de 1964.

Condições sócio-políticas, cuja análise extrapolamos os objetivos deste trabalho, fazem com que nos períodos dos governos Jânio Quadros e João Goulart opere-se nova tentativa de desenvolvimento capitalista com menor dependência. O plano trienal é um esforço neste sentido, mas se vê cortado por condições de natureza econômica e política. Deve, antes de tudo conter a inflação, mas necessita, ao mesmo tempo, não impor grandes sacrifícios às classes trabalhadoras, em crescente processo de politização e base política populista do Governo. Convém examinar mais de perto esta questão.

O Estado havia que incorporar as reivindicações das massas urbanas, cada vez mais politizadas, decorrência "natural" da política populista, que deveria conceder benefícios às classes não dominantes, visando evidentemente, a manutenção do tipo macro-estrutural (ou seja, esta seria a forma histórica particular de o populismo conservar o tipo). A necessidade de tal incorporação se expressa, a nível do Plano, no reconheci

(46) PEREIRA, A. O Brasil exporta de menos ou importa demais? *Movimento* (169):13, 25 set. 1978.

(47) Id, *ibid.* p.13

mento de que o social não é apenas um epifenômeno do econômico e que o desenvolvimento econômico não leva, automaticamente, ao aumento do nível de renda, orientando o governo para um discurso reformista. Segundo KOWARICK (48) O Plano... "traz à tónica a problemática de uma repartição de renda mais equitativa, e isto não só porque a incorporação de novos grupos ou regiões em níveis de renda mais elevados trarão um novo impulso ao sistema econômico, mas também porque respondem a imperativos de caráter social". Ora, sendo o Trienal um plano basicamente anti-inflacionário, haveria de impor sacrifícios a determinados grupos sociais que, dadas as características estruturais da sociedade, deveriam ser aqueles não detentores dos meios de produção (as massas populares), os quais cada vez mais representavam a base política do governo. Os aumentos salariais do funcionalismo público e do salário mínimo concedidos por pressão da população excederam a previsão do Plano, deitando-o por terra.

A crescente politização das massas, efeito em grande parte do populismo-embora todas as vacilações e incorreções apontadas nas esquerdas, que reduziram a sua capacidade de orientar a sociedade em direção aos objetivos por elas propostos (49) - terminaram por representar uma ameaça à Ordem. A contradição entre esta politização e o discurso reformista - nacionalista do governo, por um lado, e os interesses econômicos do capital estrangeiro associado ao de segmentos do capitalismo nacional ligados a ele, por outro lado, termina por se resolver em 1964, com o golpe militar, em favor do segundo polo desta contradição.

*

*

*

(48) KOWARICK. op. cit. p.11

(49) IANNI, O. *O colapso do populismo no Brasil*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1968. cap. VII p.95-121

No período que vai de 1946 a 1964 escasseiam os estudos sistemáticos e aprofundados sobre saúde. Pode-se mesmo supor que tal fato ocorra porque durante este período permaneceram as tendências já identificadas entre 1930 e 1945 sem grandes alterações na velocidade com que se desenvolviam. Tais tendências, já mencionadas parágrafos atrás, para que se recorde, podem ser sintetizadas como crescimento da importância da assistência médica no seio da sociedade, como um dos desaguadouros de tensões sociais, e conseqüentemente maior crescimento da importância desta quando comparada com a saúde pública. Além destas, pode-se assinalar as possibilidades de racionalização, em curso, ou se renunciado pelo crescimento financeiro e movimentos em busca da centralização - unificação/uniformização - dos Institutos. Convém recordar ainda que estavam dadas, desde o início, as condições para a prestação de serviços médicos por produtores privados financiados pelas Instituições Previdenciárias.

No sentido de confirmar algumas destas tendências importa registrar a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (50) e do Regulamento Geral da Previdência Social (51), datados, respectivamente de agosto a setembro de 1960. Constituíram-se em importantes medidas para a unificação, pois padronizaram as prestações, o custeio e a estrutura administrativa dos seis Institutos de Aposentadoria e Pensões então existentes. LUZ (52) vê na regulamentação da Lei Orgânica um importante passo no sentido da centralização-generalização da atenção médica.

Para que se possa aquilatar a importância que já adquiria a assistência média a esta época - em que o número de pessoas cobertas pela Previdência Social era avaliado em mais um

(50) BRASIL. Leis, decretos, etc. Lei nº 3.807 de 26 de agosto de 1960.

Apud LUZ, 1979. op. cit.

(51) BRASIL. Leis, decretos, etc. Decreto nº 48.959-A, de 19 de setembro de 1960. Apud LUZ, 1979 op.cit.

(52) LUZ, 1979. op. cit. p.90

quinto da população brasileira de então (53)-pode-se destacar o seguinte trecho do Regulamento Geral da Previdência Social:

"... a assistência médica, no autorizado entender do antigo titular da pasta do trabalho, constitui a um só tempo 'a causa maior do descontentamento das massas asseguradas' e o 'maior fator de perturbação da vida dos IAPs'. Provavelmente será este o setor em que a previdência social é mais atingida por nossas desfavoráveis condições sócio-econômicas, pelo baixo nível de saúde da população, pela extrema carência, entre nós de recursos médicos e de saúde pública em geral(54)".

Outro aspecto importante em relação à Lei Orgânica da Previdência Social é o fato de ela estender ao órgão de cúpula da Previdência, o Departamento Nacional da Previdência Social, a representação corporativa já existente nos IAPs, passando este órgão a ser dirigido por representantes do governo, dos empregados e das empresas (55). A inclusão da representação dos empregados indica, em certa medida, a dinâmica das relações políticas em curso na sociedade brasileira, conforme se examinou momentos antes. E para que se confronte a coerência desta dinâmica com as manifestações de cunho administrativo, pode-se adiantar que a revogação da participação dos trabalhadores nos organismos previdenciários foi efetuada logo após o movimento militar de 1964, época em que se inauguram novos padrões de atuação sócio-política do Estado.

(53) LEITE, B. & VELOSO, P. Apud LUZ M.T. *Políticas institucionais de saúde (1960-1964)*. Relatório parcial da pesquisa Instituições Médicas no Brasil (1960-1974) s.d. [mimeogr.]. 50p p.7 (anexo 1)

(54) BRASIL. Leis, Decretos, etc. Decreto nº 48.959-A de 19 de setembro de 1960. Apud LUZ, s.d. op.cit. p.11

(55) LEITE, B. J VELOSO, P. Apud LUZ, s.d. op.cit. p.9

Com referência à aprovação, em 1963, do Estatuto do Trabalhador Rural (56), que procurou ampliar a cobertura previdenciária - e a assistência médica como corolário - pode-se presumir também que tenha sido um fenômeno da mesma natureza, contido dentro dos limites das reivindicações populares que já haviam saltado os muros das cidades e ganhavam rapidamente o campo.

No período ora considerado (1946-1964) nenhum governo pode -e talvez nem mesmo tenha entrado em cogitação- implementar um planejamento global e eficaz na área da saúde, embora a racionalização se tenha feito presente. CORINHA FISHER e NELSON MORAES atestam em depoimento (57) a precariedade do planejamento em saúde entre os anos que vão de 1960 a 1964, o que se pode, sem risco de êrro estender aos anos 1946-1959, aliás como atesta KOWARICK (58). Embora não se possa negar que nos anos aqui considerados a reorganização do setor tenha sido perseguida por diferentes setores da sociedade, a busca da racionalização, necessariamente ligada à idéia de centralização, encontrou inúmeros opositores nos próprios IAPs e sindicatos que temiam, entre outras coisas, pela perda do pouco poder que detinham nas instituições médicas (59).

GENTILE DE MELLO procurando apreender o fenômeno dentro da dinâmica entre classes sociais no interior dos limites fixados pelo populismo, onde, como já se examinou, as classes populares deveriam ser necessariamente levadas em consideração, declara que... "antes de 1964 os planos, os programas de saúde eram condicionados, de uma maneira marcante, pelas reivindicações dos usuários, dos beneficiários, dos segurados, da classe trabalhadora". Aponta, portanto, no nível sócio-político, os obstáculos à reorganização proposta continuamente mesmo pelo Estado.

(56) BRASIL. Leis, Decretos, etc. Lei nº 4.214 de 02 de março de 1963.

Apud LUZ. 1979 op. cit.

(57) LUZ, s.d. op. cit. p-3-4

(58) KOWARICK op. cit.

(59) LUZ, 1979 op. cit. p. 107

Embora sem um planejamento que pudesse permitir o desenvolvimento das tendências assinaladas ao nível de plena racionalidade, elas vão se desenvolvendo, ainda que em alguns momentos lentamente.

Com relação à privatização da medicina, cuja possibilidade já se abria a partir de 1930, e a reduzida expansão da Saúde Pública, KOWARICK assinala que, considerada a tendência observada entre 1950 e 1967... "o desenvolvimento da Saúde Pública se dará à margem de programações sistemáticas..." (60). Os quadros fornecidos pelo mesmo autor dão bem a idéia do fenômeno (61).

QUADRO 1. Número de leitos segundo entidade mantenedora (1956-1967)

ANOS	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	PARAESTATAL,		SUB-TOTAL PARTICULAR	TOTAL
				MISTA,	AUTÁRQUICA.		
1956	6,5	27,2	4,1	3,8	41,6	58,4	100,0
1960	6,0	24,7	1,6	3,2	35,5	64,5	100,0
1962	7,2	29,6	1,4	1,8	40,0	60,0	100,0
1967	-	-	-	-	36,4	63,6	100,0

QUADRO 2. Número de hospitais segundo entidade mantenedora (%)

ANOS	PÚBLICOS (*)	PRIVADOS		TOTAL
		Não Lucrativos	Lucrativos	
1956	17,8	82,2		100,0
1960	14,6	85,4		100,0
1964	16,1	50,8	33,1	100,0
1967	14,5	41,5	44,0	100,0

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

(60) KOWARICK op. cit. p. 21

(61) Id. Ibid. p.39

É principalmente a partir dos anos 50 que a importância relativa que vinha adquirindo a assistência médica ganha maior concretude, refletida na aceleração dos gastos com este setor (62). A ampliação da assistência médica, realizada através da Previdência Social, acompanha-se da ampliação da rede hospitalar predominantemente privada, e a tecnificação do ato médico é um corolário inevitável destes fatos.

BRAGA constata que entre 1950 e 1960 houve uma expansão dos leitos de propriedade particular que passaram de 53,9% do total de leitos do país para 6,21% (63).

O mesmo autor conclui que está em curso "...uma vinculação do gasto com aquelas práticas mais tecnificadas, relacionadas, portanto, com o consumo dos produtos da indústria de equipamentos e aparatos médicos bem como a produção de medicamentos" (64). Esta vinculação evidencia-se pelo avanço da indústria farmacêutica e aumento das importações de equipamentos médicos (65).

As condições para a realização das tendências do setor saúde, cujas raízes remontam a 1930, só estarão dadas plenamente após 1964. Seus marcos serão: a criação e implantação do INPS, respectivamente em 1966 e 1967 - o grande passo para a criação do que se denominará complexo médico-industrial - e a criação do INAMPS em 1978. Estes fatos serão retomados posteriormente.

(63) Id. *ibid.* p.52

(64) Id. *ibid.* p.55

(65) Id. *ibid.* p.52; p. 147-50

CAPÍTULO 3. A ATUAL POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE: EMERGÊNCIA DA MEDICINA
COMUNITÁRIA.

Para que se possa melhor compreender a forma sob a qual se apresentam organizados os serviços de saúde atualmente é necessário que se examine as características fundamentais do modelo sócio-econômico consolidado após o movimento militar de 1964.

Nos momentos que precederam os acontecimentos políticos de março/abril de 1964, vivia o país o esgotamento do modelo getuliano de desenvolvimento, o qual só alcançaria sua negação sob duas formas radiciais: a revolução socialista ou a reintegração do País, de forma plena, no capitalismo mundial (1). A opção pela segunda alternativa deverá determinar a criação de um modelo político-econômico que irá se cristalizar nos anos 68-73, correspondentes a uma nova fase ascensional do ciclo de conjuntura (2).

No centro do modelo econômico está o crescimento da economia segundo a lógica da acumulação capitalista. Confere-lhe especificidade o modo particular pelo qual ela se realiza.

O principal instrumento para a acumulação tem sido a política salarial (3), que, na prática revelou-se capaz de redu

(1) IANNI, 1968 op. cit. p. 129

(2) PEREIRA, A. op. cit. p. 13

(3) Através da política salarial posta em prática passou o Governo a fixar as margens de reajuste salarial; procedeu-se ao esvaziamento dos sindicatos como órgão de reivindicação salarial através do uso intensivo do poder coercitivo do Estado; praticamente extinguiu-se o direito de greve; substituiu-se a estabilidade no emprego pelo FGTS, o que vulnerabiliza ainda mais o trabalhador à arma patronal da demissão. Curioso verificar que as medidas visando assegurar o sucesso da política salarial não incidiram apenas diretamente sobre o empregado. O empregador foi compelido a não elevar os salários acima dos níveis fixados nos acordos coletivos de trabalho à medida que o aumento dos custos da produção correspondentes à cota de elevação salarial acima daquela estipulada não pode ser contabilizado para a reivindicação de aumento de preço do produto junto à CIP. Cf. SINGER, 1976 op. cit. p.78-80; 62.

zir o salário real da maior parcela da população, embora tenham havido alguns setores que experimentaram aumentos em suas rendas, fato ligado à criação de um mercado de consumo específico.

PEREIRA, analisando o processo de concentração de renda, refere que entre 1965 e 1970 houve diminuição do salário mínimo real de Cr\$ 230,80 para Cr\$ 187,20 (preços de maio de 1969), paralelamente a um aumento do salário médio no estado de São Paulo, de Cr\$ 405,66 para Cr\$ 534,05 (preços de fevereiro de 1969) no mesmo período (4).

A concentração de riqueza cumpre entre outras, a finalidade do estabelecimento de um mercado de consumo de bens duráveis de alto custo, setor que se tornou o carro-chefe da economia, especialmente após a metade da década de 60(5). Mas o objetivo e resultado principal desta concentração é viabilizar a acumulação acelerada do capital, correspondendo à transferência de riqueza dos assalariados, pequenos produtores e pequenos comerciantes para as grandes empresas, área de predomínio do capital estrangeiro (6).

A outra característica do modelo econômico ora em foco é o aprofundamento da dependência econômica, resultado do estímulo à exportação de bens de consumo não duráveis (7) e de

(4) PEREIRA, L.C.B. op. cit. p.218-9

(5) FURTADO, C. *Análise do "modelo" brasileiro*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1972. p.41

(6) SINGER, op.cit p.89; 111

(7) Dados do II PND, coletados pelo Jornal do Engenheiro Agrônomo e citados por Monteiro, atestam que os produtos agrícolas de consumo interno (arroz, feijão e mandioca) tiveram sua produção diminuída em termos absolutos ou relativos, enquanto aqueles destinados fundamentalmente à exportação (soja, cana e laranja) aumentaram de maneira expressiva entre os anos de 1967 e 1975. Cf. MONTEIRO, C.A. A desnutrição e o planejamento econômico social. *Saúde em Debate*; (3): 63, 1977.

matérias-primas, do estímulo à importação de insumos originados no departamento I da economia (bens de produção) - trocas estas não equivalentes, ou seja, correspondentes à saída de valor maior do que a entrada - e principalmente resultado de entrada no País de grandes somas de capital estrangeiro. Convém lembrar que a dependência da economia brasileira em relação ao capitalismo internacional não ocorre a partir de 1964. Ela está já contida nos primórdios da História do País e esteve presente, com maior ou menor intensidade, em todas as épocas (8). O que é distintivo, a partir de 1964 e especialmente de 1968, é o enorme aprofundamento desta dependência. Inúmeras obras têm abordado o assunto que, de resto é bastante divulgado pela imprensa, de maneira que é escusado aqui de mostrar tal fenômeno.

As duas características mencionadas do modelo econômico, a acumulação acelerada e concentrada de capital - baseada também no aumento da produtividade, mas principalmente na transferência de riqueza, especialmente através da contenção salarial - e o aprofundamento da dependência econômica são intimamente relacionadas e complementares:

"É preciso considerar ainda que, para a continuidade do 'milagre' brasileiro, a expansão das exportações é vital na medida precisamente em que a economia se abre, inserindo-se o Brasil na divisão internacional do trabalho como fornecedor de matérias-primas, produtos semi-elaborados e bens industrializados de consumo, e como importador de máquinas e equipamentos, pois deste modo o circuito da metamorfose do capital (mercadorias - moeda - meios de produção) se estende cada vez mais ao mercado externo. O que aduz mais uma razão para a política de contenção salarial, já que a competitividade de nossos produtos no exterior tem uma de suas bases no baixo custo da força de trabalho" (9).

(8) PRADO Jr., C. op. cit.

(9) SINGER, P. op. cit. p.73

Apenas para ilustrar e melhor chamar a atenção sobre o grau de ampliação da extração de mais-valia não só relativa, mas também absoluta, pode-se mencionar o estudo do DIEESE que apurou que entre 1958 e 1969 o poder aquisitivo do salário de um chefe de família reduziu-se em 36,5% na cidade de São Paulo. No mesmo período o número médio de pessoas ocupadas por família dobrou, passando de 1 para 2 (10) e entre 1968 e 1972, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, aumentou de 24,2% para 28,2% a porcentagem de pessoas que trabalhavam mais de 49 horas semanais (11). Ou seja, a tentativa de reequilíbrio do orçamento doméstico passa a ser feita através da venda da força de trabalho de um maior número de membros da família e do prolongamento da jornada de trabalho (12).

A implementação deste modelo levou à "modernização" da economia, o que, na verdade corresponde à expansão das relações de produção capitalistas, que terminam por extravasar para outros setores, como o da saúde, o que adiante se examinará.

Pelo quadro delineado, desde logo pode-se supor que a possibilidade de agravamento de tensões sociais será um fato distintivo no panorama da sociedade brasileira a partir de 1964, o que, aliado a outros fatores, deverá impor um remanejamento político no sistema de poder. Com efeito, o exercício do poder pelos governos que se seguiram a 1964 esteve firmado no marco de um pacto estabelecido entre a parte do capitalismo nacional com interesses intimamente relacionados com o internacional, e o próprio capitalismo internacional, sob a liderança deste, por um lado; e por outro lado a burocracia

(10) CAMARGO, C.P.F. et alii *Crescimento e pobreza*. São Paulo, Loyola, 1976. p.67

(11) Id. *ibid.* p.70

(12) Id. *ibid.* p. 81

militar e a tecnoburocracia civil de classe média (13). Àqueles pertence efetivamente a posse do poder que, por delegação é exercido por estes, que, ademais, principalmente os militares, se comportam como fiadores de tal poder. A peculiaridade deste pacto confere às duas burocracias, civil e militar -especialmente a esta- uma aparente autonomia com relação às classes sociais, conferindo ao Estado um aparente estatuto do Estado acima das classes (14).

Este novo pacto corresponde a uma nova centralização de poder com a exclusão dos demais grupos sociais, viabilizada por uma legislação emanada dos grupos no poder, cuja aplicação foi garantida pelo acionamento intensivo dos aparelhos coercitivos do Estado. Para CARDOSO trata-se do abandono (melhor seria dizer da necessidade do abandono) da preocupação com a participação popular no jogo político (15). PEREIRA constata a ausência de grupos que em outras épocas influenciavam de alguma forma as decisões do Estado, como os políticos e os sindicatos (16).

Este Estado que exclui a participação de segmentos majoritários da sociedade e que, pelo modelo econômico que põe em prática mais agrava as possibilidades de tensões sociais inerentes à sua própria natureza, necessita criar mecanismos de absorção de tais tensões, impedindo que evoluam para a sua

(13) CARDOSO, F.H. *O modelo político brasileiro*. São Paulo, Difusão Européia do Livro, 1973. p.54-5.

(14) Convém insistir que este estatuto de estado "neutro" é apenas aparentemente devido a algumas análises correntes que endossam tal interpretação. PEREIRA, por exemplo afirma que "A legitimidade do poder na tecnocracia (termo que o autor aplica ao Estado Brasileiro atual) é o conhecimento técnico..." e que com o desenvolvimento tecnológico o conhecimento técnico, enquanto fator de produção vem se tornando mais importante que os outros fatores, a terra e o capital. Cf. PEREIRA, L.C.B. op. cit. p.96

(15) CARDOSO op. cit. p.100-1

(16) PEREIRA, L.C.B. op. cit. p.162-3

própria negação. É de interesse ressaltar este ponto, claramente indetificado pelos agentes do Aparelho de Estado e para o qual tratam de formular políticas específicas que envolvem inclusive a área da saúde, como se procurará adiante demonstrar. Como ilustração da forma sob o qual o problema é identificado pelo Estado e das propostas para contorná-los vêm a seguir citadas as palavras de dois ministros de Estado que, conjuntamente participaram de três governos recentes.

ROBERTO DE OLIVEIRA CAMPOS, Ministro do Planejamento do Governo Castello Branco:

"Há que se conquistar a classe operária, traumatizada: a) pela cessação de extravagantes reajustamentos salariais (prontamente tragados, aliás, pela inflação) e b) pela interrupção do processo de politização de sindicatos. O trauma foi agravado pela insuficiente conscientização dos trabalhadores em relação aos benefícios indiretos embutidos nos atuais programas de habitação, saneamento, educação e reorganização da assistência social" (17).

ANTONIO DELFIM NETTO, Ministro da Fazenda dos Governos Costa e Silva e Garrastazu Médici:

"A política de transferência de renda pelo aumento do salário indireto (habitação, saúde, assistência-social) prosseguirá seu curso, sem prejuízo da política anti-inflacionária". (18).

Estas declarações permitem perceber que as políticas sociais tornam-se sucedâneas das políticas econômicas: os problemas estruturais são deslocados pelo próprio governo para a área social, abrindo passo para a sua politização. Este deslocamento se dá através da "racionalização" administrativa, expressa nas diversas formas de planejamento que após 1964 e principalmente após 1968 inundam todos os órgãos burocráticos do Estado. Deliram os tecnocratas: alijadas totalmente as for

(17) IANNI, 1977 op. cit. p. 286 (grifos nossos)

(18) Id. ibid.

ças populares das decisões nacionais o planejamento centralizado surge com todo vigor.

A implantação da racionalidade nas instituições de saúde, embora ensaiada anteriormente, irá ocorrer principalmente a partir de práticas externas e de áreas mais abrangentes que a da saúde. O discurso racionalizador origina-se da economia e secundariamente da sociologia e transborda para outros setores exprimindo... "as transformações econômicas e sociais por que passa a sociedade brasileira, aceleradas desde meados da década de 50" (19). Na área da saúde o planejamento, sua "racionalização", implanta-se definitivamente entre 1968 e 1974 (20).

A organização dos serviços de saúde após 1964 encontrará as condições propícias à consolidação das tendências anteriormente observadas. As características do modelo de desenvolvimento exposto, entre as quais se destacam a acumulação concentrada e acelerada do capital, o aprofundamento da dependência estrutural e a possibilidade de agravamento das tensões sociais resultante da política econômica, essas características estarão intimamente articuladas com a política de saúde recente. Isto é o que se procurará examinar em seguida,

*

*

*

(19) LUZ, 1979 op. cit. p-127

(20) Id, ibid.

É no panorama deste novo contexto sócio-político que vão se consolidar as tendências assinaladas da política nacional de saúde, através de múltiplas articulações com o referido contexto. Articulações que se dão predominantemente por intermediações político-econômicas, jogando o Estado centralizador importante papel, e orientadas sob a égide da racionalidade.

Embora as duas instâncias, política e econômica, sejam inseparáveis é de interesse exemplificar como em alguns casos se articulam os serviços de saúde com uma e outra.

A articulação com o econômico pode ser observada, por exemplo, através da análise daquilo que veio se constituir no que hoje se denomina complexo médico industrial: articulação íntima entre o Estado, instituições prestadoras e financiadoras de atenção à saúde, principalmente a Previdência Social, indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares, indústrias de produtos dietéticos, além de inúmeras outras que, perifêricamente integram o complexo, como companhias seguradoras, indústria de construção civil, etc. Nele, a Previdência Social joga importante papel dada a sua característica de maior financiador de serviços. Convém chamar atenção para o fato de que, ao se mencionar o papel desempenhado pela Previdência na articulação com o econômico não se quer dizer que tal não ocorra também com a Saúde Pública. A articulação da Previdência Social com a instância econômica deve-se principalmente a duas razões: a primeira é que ao acumular grande soma de recursos, obtidos através do aumento do valor da contribuição, aumento do número de contribuintes e centralização em um único órgão, tais recursos puderam ser transformados em capital financeiro, dando lugar ao surgimento de uma medicina capitalista não liberal (21). Esta metamorfose se observa ao nível da produção em geral quando os recursos da Pre

(21) A SAÚDE e a medicina no Brasil: contribuição para um debate. In: REU NIÃO ANUAL DA SPBC, 29, São Paulo, 1977. 69 p. (mimeogr.) p.39

vidência viabilizam, principalmente através dos serviços de saúde que financia, a produção de mais-valia de setores industriais como a indústria farmacêutica, a de equipamentos médico-hospitalares, além de outras (22). Observa-se também ao nível dos serviços de saúde, onde parte dos recursos previdenciários são utilizados para a realização de mais-valia, e portanto, de lucro, através da produção de serviços de saúde (empresas médicas como os serviços da chamada medicina de grupo, hospitais particulares, etc). A outra razão que justifica a importância da Previdência na articulação da Saúde com o econômico é que a parte da reprodução da força de trabalho para a qual os serviços de saúde assumem papel importante, é objeto de cuidado da Previdência. Isto fica evidente quando se analisa a medicina de fábrica, os departamentos médicos das empresas que, em geral estão aos cuidados das empresas médicas financiadas pela Previdência. Mais adiante este fato será analisado.

A articulação da saúde com o político pode ser exemplificada ao se examinar a atuação da Saúde Pública, especialmente após a metade da década de 70 (embora papel semelhante possa ser identificado na Previdência Social também neste campo). A saúde surge como área estratégica para a absorção de tensões sociais - inerentes ao tipo macro-estrutural da sociedade brasileira, mas que tendem a se agravar nos últimos quinze anos - porque as consequências do modelo sócio-econômico se manifestam de maneira demasiado evidente sobre a saúde das pessoas, as quais, por sua vez, com o processo de urbanização, cada vez mais exigem que os estados mórbidos sejam cuidados por profissionais e serviços institucionalizados (23).

(22) A indústria de construção civil ao construir um hospital por exemplo, se beneficia dos créditos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que, no entanto é reembolsado com recursos oriundos da Previdência, gerados pelos lucros hospitalares após o credenciamento do hospital.

(23) SINGER, et alii op. cit. p.63

A tarefa que ora se apresenta é a de identificar com maior clareza como se processaram as articulações entre a saúde e o contexto econômico - político contemporâneo no sentido de afirmar as tendências verificadas na política nacional de saúde.

Em primeiro lugar, para demonstrar a importância que assumem os serviços de saúde ligados à Previdência basta comparar o orçamento de 1977 para esta finalidade, que importou em 32 bilhões e 157 milhões de cruzeiros, com o orçamento do Ministério da Saúde, que no mesmo ano importou em 5 bilhões e 228 milhões de cruzeiros (24).

Os quadros apresentados a seguir demonstram a evolução dos gastos com saúde em anos recentes. Observa-se no quadro 3 que só o INPS aumentou sua despesa com saúde de aproximadamente 4,5 bilhões em 1967 para 17,5 bilhões de cruzeiros em 1975 (a preços de 1976). Para até 1977 BRAGA previa um aumento de 437% desta despesa (25). Por outro lado, os gastos com o Ministério da Saúde praticamente não variaram entre 1970 a 1974, situando-se ao redor de 1 bilhão de 200 milhões (a preços de 1976), como demonstra o quadro 4.

(24) MELLO, C.G. A formação do médico generalista e a medicina previdenciária. Rev. Bras. Educ. Med., (supl 1):67-80, 1978

(25) BRAGA op.cit. p.91

QUADRO 3 (26)

GASTO PÚBLICO EM SAÚDE (SANEAMENTO) (cr\$ 1.000 de 76) ADMINISTRAÇÃO DIRETA, INPS e FUNRURAL

	1967		1968		1969		1970	
	%	Δ%	%	Δ%	%	Δ%	%	Δ%
Total Gasto Direto(União,								
Est. e Munic.	5.670.515	56,0 -	6.726.445	58,2 18,6	7.205.248	50,6 7,1	6.552.749	43,0 -9,1
I N P S	4.445.871	44,0 -	4.818.308	41,8 8,3	7.024.520	49,4 45,7	8.685.095	57,0 23,6
FUNRURAL								
TOTAL	10.116.387	100,0 -	11.544-753	100,0	14.229.768	100,0	15.237.844	100,0

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

(26) Id. ibid. p.83

QUADRO 4. (27) Recursos financeiros do Ministério da Saúde
1970 a 1975 (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	1.673.402,4	35,7

Tal política resultou numa significativa redução da participação do Ministério da Saúde no orçamento da União, caindo de 4,10% em 1963 para 0,90% em 1974 (quadro 5). A significativa ampliação dos gastos do Ministério da Saúde em 1975 (35,7% em relação ao ano anterior), conforme se observa no quadro 4, merece consideração à parte, o que será efetuado quando se discutir a inserção da Medicina Comunitária na Política Nacional de Saúde.

QUADRO 5. (28) Participação do Ministério da Saúde no Orçamento da União.

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

(27) Id., ibid. p.85

(28) Id., ibid. p.81

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

A conclusão a que se chega é que nos últimos dez anos fica evidente o predomínio da assistência médica, realizada principalmente pela Previdência Social, sobre a Saúde Pública, fruto da maior importância que aquela passa a assumir dentro da sociedade.

Já foi vista a importância de que se reveste a Previdência Social com relação ao econômico, possibilitando a expansão da produção de bens e serviços sob a modalidade capitalista e contribuindo para a reprodução de determinada parcela da força de trabalho. Convém aqui ressaltar que os serviços médicos fornecidos ou financiados pela Previdência cumprem também uma finalidade política, de amortecimento de tensões sociais à medida que, bem ou mal, atendem, através da medicina curativa, às necessidades mais prementes de saúde de importante parcela da população.

As demais tendências, à racionalidade e à privatização, irão aparecer em seguida quando se examinar em particular a política de assistência médica da Previdência Social, a Saúde Pública e a maneira pela qual elas se integram formando um todo com elevado grau de coerência.

*

* * *

A ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

A racionalização administrativa, com claro sentido privatizante, adotada pela Previdência Social teve como instrumentos fundamentais a centralização administrativa e financeira. Esta, juntamente com outras medidas anteriormente mencionadas, contribuiu decisivamente para o crescimento do montante de fundos da instituição. Cabe agora mencionar os principais fatos, que após a Lei Orgânica, marcaram o processo de centralização administrativa.

Em 1964 foi eliminada a representação dos trabalhadores na direção dos IAPs e do Departamento Nacional da Previdência Social (a representação dos trabalhadores neste órgão fora concedida pela Lei Orgânica). Esta medida - na verdade uma particularização do processo global da exclusão da classe trabalhadora do cenário político, em marcha àquela época - abre o espaço necessário para que se realize a antiga aspiração de unificação das instituições previdenciárias. O afastamento dos trabalhadores do controle direto - e indireto, através das organizações populares estruturadas historicamente no seio da sociedade civil, como sindicatos, associações de moradores, etc-deixa um campo limpo e fecundo para a expansão "racional" da iniciativa privada.

Em 1967 instala-se o Instituto Nacional de Previdência Social (criado em 1966), que absorve os antigos IAPs (30). Em 1974 cria-se o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) que passa a assumir o INPS, IPASE, SASSE, e, como órgãos autônomos a LBA, a FUNABEM e a CEME (31) e em 1978, dentro do MPAS é instalado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) órgão que centraliza toda assistência médica previdenciária.

Esta racionalização administrativa que, através da centralização, pode imprimir um direcionamento único a toda Previ

(30) LUZ, 1978 op. cit. p.16

(31) Id. ibid.

dência, se deu no sentido de acelerar a tendência à privatização, como demonstram os dados seguintes:

- Em 1966, quando da criação do INPS, este recebeu dos antigos IAPs 22 hospitais em atividade e 5 em construção. Em 1970 a rede própria havia se ampliado em apenas mais 3 hospitais enquanto os convênios com instituições hospitalares privadas ascendiam a 2.634 (32).

QUADRO 6. Internações hospitalares em serviços próprios, contratados e em regime de convênio, nos anos de 1975 e 1977, no INPS. (33)

HOSPITAIS	INTERNAÇÕES (em 1000)		DIFERENÇA	
	1975	1977	Absoluta	Relativa(%)
Próprios	184	181	-3	1,6
Contratados	4.928	6.261	1.333.	27,0
Convênios	275	562	287	104,4
TOTAL	5.387	7.004	1.617	30,0

Para a implementação desta política de privatização o antigo INPS adotou como diretrizes administrativas:

- limitação à expansão da rede própria (34)
- facilidade de financiamentos a produtores privados de serviços de saúde, quer sejam eles médicos individuais, quer sejam empresas médicas (medicina de grupo) (35).

A política de privatização, considerando apenas a estrutura da rede assistencial do INPS, que abrange quase todos os ambulatorios e estabelecimentos hospitalares, levou à seguinte situação da estrutura de gastos em 1976: 90% dos gastos com

(32) DONNANGELO, 1975 op. cit. p.37-8

(33) MELLO op. cit. p.73

(34) MELLO, C.G. Perspectivas da medicina da Previdência Social. Rev. Paul. Hosp. 121(12):540-6. 1973.

(35) DONNANGELO, 1975 op. cit. p-34-8

assistência médica do ex-INPS referiram-se à compra de serviços da rede privada e 80% deste montante foram destinados a internações hospitalares (36). Esta política, como indicam os dados mencionados, direcionaram a assistência médica para a área mais lucrativa, a da hospitalização, e como corolário, estimularam a especialização, o emprego abusivo de tecnologia e a centralização geográfica dos serviços. Excusado demonstrar tais características neste trabalho, posto que vêm sendo frequentemente divulgadas.

Uma das melhores análises efetuada sobre o assunto foi realizada por BRAGA, que ao examinar a evolução destas características, demonstra que mesmo com um crescimento relativamente maior dos serviços de ambulatório após 1969, a tônica da política de assistência médica da Previdência foi a privatização. Isto porque estes gastos ocorreram por conta principalmente da rede não própria, a partir do PPA, criado em 1974. Os dispêndios foram assumidos em consultas e serviços diversos ambulatoriais. De qualquer forma manteve-se a mesma rentabilidade do setor privado (37).

Bem verdade que esta tendência privatizante não se estebelece de forma homoganeamente crescente. Entre 1972 e 1974 houve na direção do INPS um predomínio da orientação estatística, o que foi interpretado como medida disciplinar necessária para se resolver os graves problemas econômicos em que mergulhava a instituição devido à excessiva dispersão de recursos, a que, necessariamente leva a orientação privativista (38).

Carece de menção especial a modalidade de prestação de serviços financiados pela Previdência que vem experimentando maior expansão dentro do setor. Trata-se dos serviços presta

(36) THEOPHILO, F.V. Problemática dos serviços de saúde urbanos e rurais.

In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 19, São Paulo, out. 1977.

(37) BRAGA op. cit. p.122-31

(38) LUZ, 1979 op. cit. p.138

dos pelas empresas médicas, também denominadas medicina de grupo. O primeiro convênio desta natureza foi firmado em 1964(39) em em 1978 somavam cerca de 4.000 contratos (40). O exame desta modalidade de serviço em sua relação com a previdência que a financia, com a força de trabalho à qual se dirige e com o capital duplamente acumulado, na empresa médica e na empresa (industrial, comercial ou de serviços), permitirá conhecer melhor a orientação racionalizadora da Instituição Previdenciária.

Em trabalho recente OLIVEIRA e TEIXEIRA expõem de maneira bastante aprofundada as relações que acima se mencionou(41), de modo que bastará para este trabalho extrair daquele os dados mais relevantes.

Os convênios entre a Previdência e as empresas dos diversos setores de produção transferem para estas a responsabilidade da prestação de serviços de assistência médica a seus empregados e dependentes. A principal modalidade destes convênios prevê a restituição pela Previdência à empresa, de 5% do maior salário mínimo do País, por empregado, para o custeio dos serviços que, em geral não são oferecidos diretamente pela empresa, mas sim por uma empresa médica (medicina de grupo) contratada, financiada ao menos parcialmente, pela quantia restituída.

Esta modalidade de assistência médica relaciona-se diretamente à preservação da força de trabalho, especialmente a da grande indústria. É vantajosa para a empresa (industrial, comercial ou de serviços) e para a empresa médica porque os procedimentos postos em prática por tais serviços permitem a um só tempo alta eficácia no controle da força de trabalho - possibilitando maior acumulação de capital por parte da empresa (aumento da mais-valia relativa)-e obtenção de altos lucros pela empresa médica, reinvestidos como capital. São os seguintes

(39) OLIVEIRA, J.A. & TEIXEIRA, S.M.F. Medicina de Grupo: a medicina e a fábrica. IN: GUIMARÃES op. cit. p. 189

(40) MELLO, 1978 op. cit. p-71

(41) OLIVEIRA, J.A. & TEIXEIRA op. cit.

os principais procedimentos que, se adotados, possibilitam os efeitos mencionados:

- rigoroso exame de seleção pré admissional, limitando o ingresso de trabalhadores doentes ou com risco de adoecer;
- utilização de medidas preventivas;
- restrição do número de atos médicos por paciente, de exames subsidiários e de terapêuticas de alto custo;
- dispensa de trabalhadores que portem patologias que exijam intervenções custosas. Para tais situações existem recursos legais como o FGTS e a dispensa sem justa causa.
- realização de convênios com indústrias dos setores mais dinâmicos da economia, cujos trabalhadores, melhor remunerados, possuem nível mais elevado de saúde;
- instalação dos serviços dentro da empresa, o que restringe o período de afastamento do trabalhador para a consulta médica.

Para o Estado os serviços prestados mediante o convênio empresa-empresa médica apresentam a característica vantajosa de possuírem elevado grau de racionalidade, não acarretando para a instituição previdenciária problemas orçamentários, dado que o financiamento se faz sob a forma de pré-pagamento. Não requer tampouco fiscalização, uma vez que a questão da economia dos recursos é transferida para a área de interesse da empresa médica a preocupação com a eficácia dos serviços para as áreas de interesse de ambas as empresas.

A seleção do objeto de interesse da empresa médica (patologias que mais diretamente afetam a força de trabalho) faz com que o trabalhador apenas parcialmente se beneficie de tais serviços. Quanto aos médicos empregados, o nível salarial tenderá a ser o menor que o jogo político permitir.

Entretanto, se por um lado estes convênios permitem alto grau de racionalização acomodando os interesses do produtor privado (empresa médica), das empresas interessadas e do Estado, nem sempre em benefício do interesse da saúde do con

tribuinte e dos interesses profissionais e de salários dos médicos empregados, por outro lado reintroduz as desigualdades no consumo de serviços de saúde. Como observa DONNANGELO(42), o fato de tais convênios serem firmados preferencialmente com empresas de setores mais dinâmicos da economia, cujos empregados possuem nível mais elevado de saúde (um dos fatores mais importantes a permitir a acumulação de capital pela empresa médica), tal fato levaria à progressiva insuficiência de recursos financeiros para o custeio dos serviços destinados aos beneficiários que permanecessem vinculados ao Instituto. Tal observação é de grande importância, pois... "A queda dos padrões de atendimento de um lado, a instalação da desigualdade de padrões, de outro, poderiam obrigar a novos reajustamentos, à base de pressões do consumidor mas também de parte do setor privado na área da saúde, não vinculado à nova modalidade de organização do setor (43)

*

*

*

A SAÚDE PÚBLICA E A COERÊNCIA DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

A política de estímulo à expansão dos serviços com base no produtor privado é claramente observada na área previdenciária mas não se restringe a ela, visto que corresponde a uma diretriz geral de toda a política de saúde.

Em 1968, de maneira que posteriormente se revelaria precipitada, o Ministério da Saúde põe em execução uma série de planos, que em conjunto viriam ser chamados Plano Nacional de

(42) DONNANGELO, 1975 op. cit. p-43-4

(43) Id., ibid. p-43-4

As pressões do consumidor já se fazem sentir e curiosamente através dos beneficiários da medicina de grupo, como atestam recentes documentos aprovados em assembleias sindicais. As pressões dos produtores privados de serviços de saúde não incluídos na medicina de grupo têm-se manifestado através da Associação Médica Brasileira.

Saúde, os quais, em síntese, propunham transferir para o âmbito do Ministério da Saúde o controle dos serviços médicos sob responsabilidade da Previdência Social, instituindo a total privatização dos serviços médico-hospitalares, a serem financiados por fundos públicos complementados pelo consumidor (44).

O plano desta forma concebido levaria - como de fato levou nas áreas em que foi implantado experimentalmente - a um desequilíbrio da relação entre necessidades de consumo - aquelas já legitimadas historicamente e expressas em termos de "direitos sociais" - e os interesses do setor privado (45).

Este desequilíbrio em favor do produtor privado ameaçava introduzir um novo fator de exarcebação de tensões sociais. Assim, pela inviabilidade política e econômica não chegou a ser implantado nacionalmente (46).

O fracasso do PNS não significou uma reorientação do Governo, que persiste mantendo a orientação de benefício ao produtor privado. O discurso oficial reiteradamente expressa tal benefício, cuidando de estimular a expansão do setor privado e assegurar a não interferência do setor público em área potencial ou efetivamente lucrativa. Procurar-se-á, em seguida, demonstrar como tal orientação se evidenciou em diversas oportunidades.

Em 1971 foi criado o FUNRURAL que prestaria serviços através de terceiros. Isto porque, segundo justificativas da Dra. CORINHA FISHER, a direção do órgão fora... "entregue a elementos do INPS que tinham percebido que a operação com recursos próprios tinha certos inconvenientes...", e além disto, "acharam mais prático prestar serviços utilizando a rede hospitalar existente no país (...). Deram muita ênfase à assistência hospitalar..."(47). Curioso observar que a extensão previdenciária

(44) Id., *ibid.* p.39

(45) Id., *ibid.* p.40

(46) Maiores informações podem ser obtidas em MELLO, C.G. *Análise do Plano Nacional de Saúde*. ago 1968 (mimeogr).

(47) LUZ, 1979 *op.cit* p.92-3

ao trabalhador rural havia sido concedida em 1963 - possivel_ mente pelo crescimento das lutas reivindicatórias que na ép_ ca já atingiam alguns setores rurais - mas só encontrou cami_ nhos para se efetivar (no que tangia assistência médica) em um novo contexto que permite um total apoio ao setor privado.

Em 1975 é aprovada a Lei 6.229 que dispõe sobre a orga_ nização do Sistema Nacional de Saúde (48). Tal documento na_ da mais faz do que legitimar a organização de serviços exis_ tente, ordenando-a segundo uma perspectiva sistêmica, que não leva em consideração a diferenciação de objetivos entre as instituições e a hegemonia de uma delas sobre as demais, pois parte do errado pressuposto da identidade de objetivos (ele_ vação dos níveis de saúde da população) e de solidariedade inter-institucional (49). Portanto, embora o referido docu_ mento aponte para a necessidade de racionalização (hierarqu_ ização e regionalização de serviços), que eventualmente pode_ ria redundar em prejuízo para a iniciativa privada, a forma sob a qual foi elaborado torna-o inócua, persistindo a polí_ tica de saúde orientada por forças mais poderosa do jogo polí_ tico-econômico.

A V Conferência Nacional de Saúde concentra-se no dis_ curso racionalizador reproduzido sinteticamente na Lei 6.229 (50) e a ela pode-se aplicar as mesmas observações feitas a respeito da referida Lei. Já a VI Conferência trata de não deixar dúvidas quanto a orientação a ser impressa à política de saúde.

(48) BRASIL. Leis, Decretos, etc. Lei nº 6.629 de 17 de julho de 1975.

IN: CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 19 e CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA; 1. *Política Nacional de Saúde*. São Paulo, 10 a 14 de outubro de 1977.

(49) QUADRA, A.A.F. & CORDEIRO, H.A. Sistema Nacional de Saúde. Rio de Janeiro, Universidade do Estado da Guanabara, 1976 12p. (mimeog)

(50) Veja-se a respeito principalmente os documentos básicos e as conclu_ sões de:

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Saúde. IN: CONFE_ RÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5, Brasília, 1975. *Anais da V Conferen_ cia Nacional de Saúde*.

O documento oficial apresentado a esta Conferência, intitulado Política Nacional de Saúde, preconiza a existência... "de duas redes distintas de serviços de saúde a pessoas: uma encarregada principalmente do atendimento de necessidades sentidas relacionadas com a ocorrência de condições mórbidas, e outra, de alcance coletivo, que trabalhe principalmente com necessidades não sentidas ou consentidas, relacionadas principalmente à promoção e proteção da saúde" (51). À primeira - denominada Rede de Assistência Médico-Hospitalar, ao encargo do Ministério da Previdência e Assistência Social - estarão afeitas principalmente as atividades curativas e de maior complexidade (e portanto, de maior custo), e à segunda - Rede de Assistência Médico-Sanitária, atribuída ao Ministério da Saúde - estarão referidas as atividades de prevenção e terapêuticas de menor complexidade (e portanto, de custo mais reduzido) (52). Fica claro que apenas a Rede de Assistência Médico-hospitalar presta-se à extração do lucro e a sua organização como rede autônoma assegura a política de privatização, de cuja preservação o referido documento trata de maneira assaz elegante, ao se referir às diretrizes que deverão presidir a concessão de serviços por entidades públicas ao setor privado. Uma das diretrizes é:

"Contratar serviços do setor privado após esgotada a capacidade do setor público, que por sua vez não deverá expandir-se enquanto existir capacidade ociosa no setor privado, observados o interesse social e as responsabilidades do Estado".(53)

Ora, sendo da responsabilidade do setor público fundamentalmente as atividades não lucrativas, não é difícil esgotar-se a sua capacidade. Em contrapartida, tentar demonstrar capacidade ociosa em atividades lucrativas seria negar o objeto des

(51) CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE; 6, Brasília, 1 a 5 de agosto de 1977.

IN: CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 19, e CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 1. *Política Nacional de Saúde*. São Paulo, 10 a 24 de outubro de 1977. p-34-5

(52) Id, ibid. p.36-7

(53) Id., ibid. p.22 (grifos nossos)

tas atividades, o lucro, restando por definir "interesse social" e "responsabilidade do Estado" termos que comportam, no mínimo grandes controvérsias.

A coerência da política de saúde pode ser testada mais uma vez examinando-se a Lei de Vigilância Epidemiológica e a criação do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública. Aqui se evidencia a preservação do produtor privado ao mesmo tempo que se põe em marcha mais um mecanismo de preservação do poder.

A epidemia de meningite levantou um problema político, com potencialidade de reforçar eventuais tendências ameaçadoras à segurança do poder. Após a epidemia, e em grande parte como consequência dela, surge a lei de Vigilância Epidemiológica (54) e, intimamente relacionada a esta, a Portaria nº 280/Bsb, de 21.07.1977, do Ministério da Saúde, que criou o Sistema Nacional de Laboratório de Saúde Pública (55).

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica constitui-se em um sistema verticalizado destinado a detectar no nascedouro problemas de saúde com potencialidade de se tornarem, a exemplo da meningite, de natureza crítica, com evidentes reflexos na área política. (A categoria estratégica "vigilância" originou-se no relacionamento entre os EUA e os países periféricos, no início dos anos 50, em resposta à necessidade de controle íntimo, permanente e interno (56).

O que se observa é a coerência com que ambos os sistemas se inserem na política global. Os laboratórios não es

(54) BRASIL. Leis, Decretos, etc. Decreto nº 78.231 de 12 de agosto de 1976. Dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica. IN: BRASIL Ministério da Saúde. *Vigilância Epidemiológica e imunizações*. 2.ed. Brasília, 1977 p.11-23.

(55) DIÁRIO OFICIAL, Brasília. 29 de julho de 1977 p.9741-4

(56) GARCIA op. cit. p-36-52

tando abertos aos serviços públicos de assistência médica colocam-lhes mais uma camisa de força ao mesmo tempo que o Estado permanece vigilante a problemas potencialmente críticos. Tais sistemas verticalizados seriam desnecessários caso houvesse uma rede pública de serviços eficaz que captaria rapidamente e com facilidade os casos de risco epidêmico e providenciaria as medidas que evitassem a sua disseminação. Ambos os sistemas são, portanto, produto da necessidade imposta pela política de preservação da iniciativa privada.

Outro fato que merece ser analisado e que está a demonstrar os rumos da política de saúde é a tentativa que vem efetuando a Secretaria de Saúde de São Paulo para a implantação do Sistema Estadual de Saúde. Em resposta ao recente movimento grevista dos médicos e funcionários do Hospital do Servidor Público do Estado e das Clínicas a Secretaria de Saúde começa a estabelecer articulações com outras instituições no sentido de se racionalizar os serviços de saúde no Estado. As negociações permanecem em andamento, mas notícias recentes dão conta de que a tendência é de o INAMPS não se dispor a acatar as decisões do Conselho Superior de Saúde, órgão previsto pela minuta do projeto de lei que determina a criação do sistema (57). O que resta com possibilidade de se viabilizar é a criação do Fundo Estadual de Saúde (FUNDES), órgão interno à Secretaria destinado a gerir os recursos provenientes de convênios e da venda de serviços de instituições próprias. O episódio parece evidenciar que qualquer reordenamento dos serviços só será possível a partir de pressões de forças cujos canais de participação política se encontram obstruídos, e as mobilizações do poder se darão na medida das mobilizações destas forças (o movimento grevista foi suficiente para desencadear o progresso mas não foi para mantê-lo). Por ora permanecem hegemônicos os interesses ligados à privatização.

(57) OLIVEIRA, J.N. FUNDES vai administrar as verbas. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 08 de outubro de 1978. p. 38.

POLÍTICA DE MEDICAMENTOS E DE EQUIPAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES

Como foi visto no capítulo 1, em sociedades capitalistas a produção de serviços de saúde mantém íntima vinculação com a produção em geral por possibilitar a realização de mais-valia em outros setores como o da produção de medicamentos, equipamentos médico-hospitalares e produtos dietéticos. Tratando-se de áreas de produção capital-intensiva e que exige o emprego de elaborada tecnologia, passam a ser, em sociedades dependentes, um setor "naturalmente" destinado ao predomínio do capital estrangeiro. Destes setores, o que vem sendo melhor analisado é o da indústria farmacêutica, que não pode passar sem consideração neste trabalho.

O assunto vem sendo bastante examinado (58, 59,60), cabendo nos limites desta dissertação apenas uma súpula destas análises.

Em resumo pode-se afirmar que as políticas do Estado Brasileiro, no que concerne aos medicamentos, têm possibilitado a expansão da indústria farmacêutica baseada principalmente na quebra de capital estrangeiro. Este desenvolvimento está ligado, em grande parte, à elevada expansão do consumo (61).

Com relação ao consumo, CORDEIRO (62) refere que o País estaria classificado em 11º lugar de respeito ao consumo per capita de medicamentos. GIOVANNI (63) lança a hipótese de que o

(58) CORDEIRO, H.A. A política de medicamentos. IN: GUIMARÃES op. cit.

(59) GIOVANNI, G. Sobre a política de medicamentos. Cadernos do CEBES, Londrina, (2); out. 1978.

(60) PACHECO, M.V.A. *Indústria Farmacêutica e Segurança Nacional*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1968.

(61) GIOVANNI op. cit. p.1

(62) CORDEIRO op. cit. p. 259

(63) GIOVANNI, op. cit. p.1

desenvolvimento da indústria farmacêutica, assim como os padrões de consumo de medicamentos seriam... "uma contra-partida da natureza, âmbito e objetivos das políticas de saúde em geral, das quais este mesmo desenvolvimento é parcialmente condicionante". Pode-se, com elevado grau de segurança, afirmar que tal hipótese é verdadeira, bastando para tanto, verificar as análises precedentes que indicam as tendências das políticas de saúde em geral, especialmente após a constituição do complexo médico industrial: a especialização e a hospitalização, no âmbito de uma política que aprofunda as relações econômicas da dependência.

A expansão da indústria farmacêutica pode ser evidenciada pelo fato de, entre 1973 a 1976, o País ter ampliado os gastos com a produção e aquisição de medicamentos em 367% (64).

O interesse do capital estrangeiro envolvido no setor pode ser aquilatado pelo fato de que, em 1975, 71,5% da receita auferida pela indústria farmacêutica destinou-se ao setor estrangeiro (65). Tal interesse situa-se na área das grandes empresas. No primeiro semestre em 1976, do faturamento das 20 maiores empresas, as estrangeiras foram responsáveis por 79,3% e as nacionais por 20,7%-

A tendência à penetração do capital estrangeiro, que é anterior a 1964, mas que se acentua após esta data, deve dois cortes que merecem ser assinalados. O primeiro, em 1963, em uma conjuntura política mais receptiva às teses nacionalistas, é criado o GEIFAR (Grupo Executivo da Indústria Farmacêutica)... "com o objetivo de supervisionar a importação de matérias primas, controlar o preço dos produtos acabados e fortalecer a indústria farmacêutica de capital nacional". Os primeiros efeitos da atuação do GEIFAR vieram em 1964 (dec.58.584 - 21.2.64), com a obrigatoriedade de uniformização de preços nas grandes cidades e obrigatoriedade para a indústria farmacêutica de apresentação de suas contas e cálculos de custos para o controle governamental. Com a queda do governo Goulart, em 19.06.1964 este decreto foi totalmente revogado, após forte campanha patrocinada pela ABIFARMA (Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica) (66).

(64) CORDEIRO, op. cit. p-279.

(65) Id. ibid. p-258

(66) GIOVANNI, op. cit. p.2-3

O outro corte ocorreu em 1971 com a criação da CEME (Central de Medicamentos) e Plano Diretor de Medicamentos, por iniciativa atribuída a uma "facção nacionalista" das Forças Armadas, que colocava a questão da desnacionalização em termos de segurança nacional (67).

A CEME, instituída com elevado grau de autonomia, posto que se vinculava, à época de sua criação, diretamente à Presidência da República, propunha-se a atuar na esfera da produção, procurando racionalizar e modernizar os laboratórios estatais, além de controlar a compra de matérias-primas do exterior; atuar na esfera tecnológica, incentivando pesquisas para a transferência de tecnologia e o desenvolvimento de tecnologia nacional; e atuar na esfera da comercialização e distribuição, visando o barateamento dos produtos farmacêuticos fundamentais (68).

Sem a base política de sustentação, o empreendimento CEME, sob pressão dos interesses da Indústria Farmacêutica, especialmente a de capital estrangeiro, é reorientado em 1976, quando passa para o âmbito do Ministério da Saúde. O resultado desta reorientação foi o deslocamento do problema da esfera da produção para o da distribuição e fiscalização dos produtos farmacêuticos, tornando-se à CEME um grande comprador e distribuidor de medicamentos e órgão de controle da qualidade, da propaganda e venda de medicamentos (69).

Em relação aos equipamentos médico-hospitalares poucos estudos têm-se ocupado de analisá-los, porém alguns dados examinados por BRAGA, no trabalho já citado, estão a indicar uma clara expansão das importações e da produção de tais equipamentos. Sendo área de produção que envolve alta tecnologia e enormes inversões é de se supor que como na indústria farmacêutica, predomine o capital estrangeiro.

(67) Id. *ibid.* p.4

(68) CORDEIRO *op. cit.* p.260

(69) Id. *ibid.* p-262-3

Entre 1961 e 1970 crescem as importações destes produtos em 559,9% (70) e entre 1970 e 1973 o valor da produção da indústria de equipamentos médicos se expande em 56,3% enquanto os investimentos ascendem 93,6% no mesmo período (71).

A tecnificação do ato médico irá interferir significativamente sobre a natureza do trabalho médico, as estruturas dos serviços, as relações de trabalho e produção destes serviços e sobre a sua organização.

*

* *

MEDICINA COMUNITÁRIA

O quadro da política de saúde vigente completa-se com as novas propostas de organização de serviços conhecidas como Medicina Comunitária, que sob os pontos de vista da sua localização institucional predominante e do objeto de sua prática, correspondem a uma reativação da saúde pública.

A proposta da Medicina Comunitária, surgida nos Estados Unidos da América e difundida para os países latino-americanos através de instituições como OMS e OPS, além de fundações norte americanas (Kellogg, Ford) passa a ser veiculada no Brasil na década de 70, já através do discurso oficial. Surgem no país em resposta a uma crise que coloca o esgotamento do modelo providenciário enquanto possibilidade de solucionar o problema de assistência à saúde na sua totalidade. Suas raízes são encontradas na contradição que tem por um lado a crise financeira da Previdência Social, resultante do acréscimo de custos, e por outro o crescimento da politização do setor saúde, que se dá numa conjuntura propícia à agudização de tensões sociais.

(70) BRAGA op. cit. p.161

(71) Id, ibid. p.164

A crise financeira da Previdência, uma das condições para o surgimento da Medicina Comunitária, aparece após a aprovação de Plano de Pronta Ação, que na prática amplia a cobertura dos serviços prestados com as características já mencionadas, hospitalização e uso intensivo de tecnologia sofisticada, portanto bastante oneroso (72). A crise financeira pode ser compreendida quando se observa que os gastos com assistência médica ascendem de 22,1% a 31,5% sobre o total de despesas do INPS entre 1967 e 1976 (73). No mesmo período o superavit do Instituto oscila, nos anos 1967-1972, entre -1,6% e 9,0%, chegando a atingir 10,7% em 1974, para declinar a 3,9% em 1976 (74). Consta-se a crise quando se confronta a tendência ao aumento dos gastos com assistência médica em um orçamento que tende a diminuir o superavit, sem que haja de imediato grandes possibilidades de ampliação da base financeira (75).

A politização do setor responde a múltiplas determinações. Em primeiro lugar, o setor saúde passa a ser variante para onde se desviam as atenções e as esperanças de solução dos problemas de saúde originados predominantemente na esfera da organização da produção e único local onde podem efetivamente ser resolvidos. E é o Estado, que pela sua própria natureza, trata de reforçar esta visão, confessando a impossibilidade de solucionar o problema em sua essência. Num modelo econômico que possibilitou uma grande redução do valor do trabalho e restringiu os canais de defesa deste valor, crescem de importância os serviços de saúde. Outra determinação pode ser encontrada na pressão da população que assimila padrões de consumo urbanos, onde se incluem serviços de saúde. Mas a determinação fundamental é a conjuntura sócio-política inaugurada com a crise econômica iniciada em 1974 que traz de volta a possibilidade de ampliação do debate ao nível específico do político.

(72) Id. *ibid.* p. 174

(73) Id. *ibid.* p. 92

(74) Id. *ibid.* p.98

(75) Id. *ibid.* p. 177

De fato, o ano de 1974 marca o início da fase descendente do ciclo de conjuntura do capitalismo brasileiro (76), o que introduz contradições entre setores das classes detentoras dos meios de produção. Antes mesmo que a crise se deflagra abertamente SINGER (77) revela que a Comissão Intermistrial de Preços entrava em choque com número crescente de empresários. Estes setores empresariais que primeiramente começam a sentir os reflexos da crise - e que correspondem a setores mais desvinculados do capital estrangeiro - passam a reivindicar maior participação no processo decisório sobre a vida do País, impondo a outros setores empresariais, mesmo que interessados na manutenção do esquema político econômico vigente, o ingresso no debate político.

As representações que se faz uma parcela dos empresários, ao desempenharem papel atuante no campo político nesta conjuntura, podem ser apreendidas nas declarações emitidas por um dos integrantes de uma mesa redonda que reuniu altos dirigentes de empresas para debater algumas questões políticas, em 1977:

"O 'milagre brasileiro' acabou em 1974... As dificuldades econômicas, o problema do baçanço de pagamentos, a inflação, levam à redução dos investimentos e a uma política governamental restritiva que realmente desagrada os empresários e desorienta o governo, que não estava preparado para esse tipo de situação. Mas acredito que os empresários também têm uma ideologia, que é basicamente a democrática. Desse modo, quando há um momento como esse, de redução do excedente econômico ou dos investimentos, que é consequência do primeiro, não só os empresários se colocam contra o sistema autoritário vigente por razões de ordem econômica, mas também por motivos de ordem política, direta e autonomamente. A única forma de o governo manter lealdade e estabilidade é devolver à sociedade

(76) Já em 1973 revelavam-se escassos os meios de produção, tendo produzido internamente como importados, para atender à demanda do Departamento II da economia, permitindo prever a crise que só seria admitida em 1974/1975 pelo Governo. SINGER, P. 1976. op. cit. p. 117-8

(77) Id., ibid. p. 138-9

de o Estado de Direito. Não vejo outra alternativa. Enquanto o excedente econômico estava crescendo muito depressa dava para os empresários aceitarem a coisa. Todavia está muito claro, pelas manifestações dos empresários aqui presentes, que o problema econômico tornou a democratização um acontecimento inevitável. E o empresariado somente conseguirá manter a liderança desse acontecimento, se se colocar mais decididamente a favor do processo de democratização em marcha no País, e não vir a reboque. Os representantes oficiais do empresariado têm se omitido muitas vezes nesse sentido, ficando seus protestos retritos ao campo econômico (...) perdendo assim, a possibilidade de assumir ou de manter a liderança do processo" (78).

Todavia, embora confiando na possibilidade de "assumir ou manter a liderança do processo", a entrada de novos atores na cena política é inevitável. Abre-se um espaço de participação política para os setores populares que não pode ser evitado e a efetiva liderança será definida no jogo político. Eclodem os movimentos sociais que culminam com movimentos grevistas em 1977, 1978 e 1979, além de outros movimentos populares como o Movimento do Custo de Vida.

Este é o contexto que eleva o grau de politização do setor saúde. Tal politização pode ser revelada nas reivindicações sindicais que incluem a melhora dos serviços e nas manifestações dos profissionais da saúde, como as recentes greves do Hospital dos Servidores Públicos do Estado de São Paulo e das Clínicas, de médicos-residentes e dos inúmeros debates promovidos por entidades representativas dos profissionais, procurando estabelecer a vinculação entre a política de saúde e sociedade brasileira. Esta politização do setor saúde, como já indicado anteriormente, corresponde às necessidades do Estado em deslocar os problemas estruturais para áreas sociais, e por isto é por ele próprio, em certa medida, promovida.

(78) PEREIRA, L.C.B. Abertura democrática divide empresários. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 04 de setembro de 1977. p.48 (grifos nossos).

A conjuntura política originada de uma nova fase do modelo econômico, necessariamente agravadora de tensões sociais, por um lado e a crescente politização dos serviços de saúde, por outro, terminam por impor a necessidade de expansão da cobertura. No entanto, a expansão dos serviços organizados segundo a onerosa modalidade previdenciária é impraticável, ainda mais quando se trata de investimento com baixo retorno em força de trabalho, pois tal expansão se dirigirá basicamente a populações que possuem baixa qualificação profissional, em grande parte constitutivas do exercício de reserva, uma vez que a força de trabalho inserida nos setores mais dinâmicos da economia possui cobertura previdenciária. A solução proposta, a da Medicina Comunitária, é de ampliar o campo da saúde pública, circunscrito a certas áreas à custa da assistência médica individualizada (prestada por profissional médico ou auxiliar), na linha da racionalização. Trata-se da montagem de modelos paralelos para populações de baixa renda, desvinculados do modelo dominante. (79).

Cabe agora examinar de maneira mais aprofundada a proposta da Medicina Comunitária. Esta discussão será baseada em DONNAGELLO (80).

O primeiro elemento a caracterizar a Medicina Comunitária advém do seu objeto. Ela se destina a categorias sociais excluídas do processo de medicalização, uma vez que tal processo não ocorre de forma homogênea para todas as categorias sociais das sociedades capitalistas, onde surge esta proposta de reformulação parcial da prática médica. O primeiro elemento é, portanto, a extensão de serviços médico-assistenciais individualizados.

(79) Embora se trate de um modelo racionalizar, ou seja, que deva permitir a expansão dos serviços com um mínimo de recursos, estes, ainda que não muito vultosos, deverão ser mobilizados. Esta a explicação para o aumento da dotação do Ministério da Saúde em 1975, que se amplia em 35,7% em relação ao ano anterior, como se verifica no quadro 4, página atrás. Cf. BRAGA op. cit.

(80) DONNAGELLO, 1976 op. cit. p.86-119.

Outras duas características derivam da impossibilidade de se proceder à referida extensão sob a modalidade predominante de produção de serviços, que é fundamentalmente calcada na figura central do médico e emprega métodos de diagnóstico e tratamento de elevado custo. Desta forma, a Medicina Comunitária irá caracterizar-se também pelo largo emprego que fará de pessoal auxiliar - o que não implica, necessariamente, na redistribuição do saber e técnicas específicas dos médicos - e pela simplificação do cuidado.

E por fim, o outro elemento distintivo é a participação da comunidade. Sobre ela, as formulações, embora costumem apresentar bastante divergências, em geral, postulam a participação de representantes da comunidade na tomada de decisões para as ações de saúde, dentro de uma gama de possibilidades apresentadas pelos técnicos, e o aproveitamento destes representantes como trabalhadores auxiliares, não remunerados, com atribuições de vigilância, notificação e ações sanitárias simplificadas. A duas ordens de determinações responde a proposta de participação comunitária. A primeira, de natureza econômica, é a mesma já referida no parágrafo anterior e que dá origem à simplificação e largo emprego de pessoal auxiliar. Trata-se da impossibilidade de se estender os serviços sob a dispendiosa modalidade dominante, e, portanto da necessidade do barateamento da produção. A segunda diz respeito à articulação que a Medicina Comunitária mantém com a esfera do político, aliás ângulo pelo qual melhor se compreende a sua origem. Trata-se dos efeitos que se busca lograr de reorientação dos objetos presentes ou potenciais da ação de grupos da sociedade onde se encontram, instaladas tensões sociais advindas não só da natureza contraditória entre a forma de produção e apropriação no tipo de sociedade em tela, mas, também das maneiras diferenciais com que tal sociedade incorpora à estrutura do consumo, diversos grupos sociais.

"Extensão de serviços médicos, através de uma 'simplificação-ampliação' das técnicas em jogo, com a participação da comunidade...", são os termos com os quais a autora define o campo da Medicina Comunitária.

Analisando agora mais de perto o processo de emergência da Medicina Comunitária, assinala que juntamente com a medicalização da sociedade a medicina tecnológica aparece como forma dominante de organização da prática médica, com seus inevitáveis corolários, a hospitalização e a especialização, o que, por consequência, eleva os custos dos serviços. Por outro lado, a extensão dos serviços de saúde é imposta por condições estruturais, econômicas e políticas. Esta imposição, em confronto com os custos crescentes do cuidado médico caracterizam o campo de tensões em que vem se desenvolvendo a prática médica, onde qualquer interferência ultrapassa os limites estritamente técnicos. Encarada sob este ponto de vista, a Medicina Comunitária surge como uma das formas alternativas de organização da prática médica, de determinação extra-técnica, que procura compatibilizar os dois polos da contradição assinalada - necessidade de extensão e aumento dos custos - preservando outras formas de organização. Esta preservação se configura como necessária por imposição dos interesses do capital envolvidos com as formas predominantes de organização. Não sem motivo que a Medicina Comunitária se destina a grupos caracterizados como consumidores potenciais, através da compra direta, de serviços de saúde.

Para demonstrar as condições não só estruturais e econômicas, mas principalmente políticas de extensão dos serviços de saúde, a autora se reporta à conjuntura na qual teve origem a Medicina Comunitária. Com efeito, vivia-se, na década de 60, nos Estados Unidos, momentos de contestação da organização social que se expressavam pelo recrudescimento de tensões sociais observadas nos movimentos pelos direitos civis e nas manifestações dos negros. Em resposta, o governo lança-se à "guerra contra a pobreza", já durante o governo Kennedy, que tem continuidade no governo Johnson. Foi no contexto do novo tratamento dispensado às questões sociais relacionadas à situação das minorias que emergiu a proposta da Medicina Comunitária. Este novo tratamento se dava na esfera do consumo, por interferência estatal, e incluía, entre outros, programas de educação elementar, assistência jurídica, treinamento profis-

sional e assistência médica. As populações objeto de tais programas caracterizavam-se também por se excluírem do mercado de consumo de bens e serviços por compra direta.

Tendo em vista a conjuntura em que se origina e os grupos sociais a que se destina a Medicina Comunitária, assinala que... "a interferência sobre os grupos que constituem objeto da prática talvez deva mover-se com vistas a reorientar os seus padrões de ação social e a compatibilizá-los, política ideologicamente, com o padrão dominante, político-ideológico. Essa questão, que permeia e ao mesmo tempo, obviamente, transcende o campo da prática médica em qualquer de suas modalidades, inclusive a medicina comunitária, impõe-se contudo mais diretamente a esta, na medida em que o elemento de participação grupal passa a constituir um componente necessário do projeto. A prática comunitária deve, portanto, definir ou orientar os limites e conteúdos precisos dessa participação, bem como as vias através das quais ela deva se manifestar" (pag. 116).

Com as características assinaladas a M.C. surge nos Estados Unidos, e se difunde, na década de 70, com o apoio da OMS e OPS, para a América Latina, onde as características decorrentes da dependência estrutural, expressas por um quadro de saúde comparativamente mais grave, acabam por impor reformulações na assistência médica com intensa participação do Estado.

Do ponto de vista técnico a proposta da Medicina Comunitária contém diretrizes opostas àquelas do modelo dominante na política nacional de saúde. São elas: ênfase em atividade ambulatorial, em detrimento da hospitalização; simplificação do atendimento, o que implica no uso limitado de tecnologia e de medicamentos; implementação através de instituições públicas; e largo emprego de pessoal não especializado - auxiliares (atendentes) de saúde e médicos generalistas. O modelo de atendimento é concebido dentro dos princípios racionalizadores de regionalização - hierarquização de serviços. Assim, preconiza a multiplicação e a ativação de unidades de saúde capacitadas para o atendimento das patologias mais simples. Tais unidades

devem estar a cargo de atendentes de saúde e ou médicos generalistas e lançar mão de recursos e pessoal da comunidade que conseguirem mobilizar. A localização das unidades deve ser descentralizada, devendo ainda ser mantida conexão de referência e contra-referência com serviços mais complexos, de forma regionalizada (81).

(81) A racionalização, através das diretrizes expostas, já era colocada antes de 1964. Em 1963, na III Conferência Nacional de Saúde, através de um discurso sanitarista-desenvolvimentista, o governo propunha medidas de reorientação da política nacional de saúde que incluía a simplificação da atenção médica e dos profissionais, a regionalização-hierarquização e descentralização, sob a forma de municipalização dos serviços de saúde. Estas temáticas são retomadas em meados da década de 70, porém sem o caráter desenvolvimentista, populista e nacionalista, que servia a interesses mais globais das classes dominantes. Elas reaparecem, desta feita, servindo aos interesses corporativos-privatistas da medicina e aos interesses imediatos do capital. Cf. LUZ, 1979 op. cit. p.101-5; 113.

CAPÍTULO 4: QUATRO PROGRAMAS EM MEDICINA COMUNITÁRIA

Várias experiências, em geral restritas, têm procurado viabilizar a proposta da Medicina Comunitária (1).

Neste momento é conveniente examinar dois projetos, um deles em fase avançada de implantação, que pela magnitude da população e das áreas que se dispõem a cobrir e pelo envolvimento institucional governamental que comportam, assumem maiores proporções. Trata-se do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS) e do Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas. Conjuntamente será examinado o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) que se vincula diretamente à proposta da Medicina Comunitária. A experiência em Medicina Comunitária de Londrina merecerá análise mais detalhada devido ao envolvimento do autor com a mesma.

O PIASS

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS), criado em 1976, tem por finalidade a implantação de estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes (2).

(1) Algumas destas experiências são: Aratuba, Pb; experiência da Prefeitura de Niterói; da Prefeitura de Campinas; de Londrina; Bahia; Região de Adamantina (MG).

(2) BRASIL. Leis, Decretos, etc. Decreto nº 78.307 de 24 de agosto de 1976. Aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no nordeste e dá outras providências. IN: BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste*. s.n.t. 38 p. p.1

As diretrizes básicas do Programa, extraídas do decreto que lhe deu origem são:

- . ampla utilização de pessoal de nível auxiliar;
- . ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, no atendimento da nosologia mais frequente e na detecção precoce e encaminhamento para serviços mais especializados dos casos mais complexos;
- . ações de saúde de baixo custo e alta eficácia;
- . ampliação da cobertura, principalmente por unidades de saúde simples, apoiadas por unidades de maior porte, configurando-se a rede como um sistema regionalizado quanto à distribuição espacial e hierarquizado quanto à complexidade do atendimento;
- . integração das diversas instituições de saúde a nível dos organismos públicos;
- . participação comunitária;
- . desativação das unidades itinerantes de saúde;

O mesmo decreto de criação do PIASS prevê que os recursos para a sua implantação (orçados em Cr\$ 4 milhões a preços de 1976) serão originados do Ministério da Saúde, do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), do Programa de Integração Nacional (PIN), do Fundo de Participação dos Estados e Municípios, do INPS e FUNRURAL.

Estabelece ainda o decreto que a coordenação, acompanhamento e avaliação da execução do Programa ficarão a cargo do Grupo Executivo Interministerial (GEIM) composto por representantes dos Ministérios da Saúde, Previdência Social, do Interior e da Secretaria de Planejamento da Presidência da República, sob a coordenação do primeiro.

O Programa está voltado para a atenção a populações de baixa renda, desprovidas de atenção médico-sanitária (3). Pre

(3) BRASIL. Ministério da Saúde *Programa de Interiorização das ações de saúde e saneamento no nordeste*. s.n.t. 38 p. p.1

vê atuação em três áreas fundamentais, a de assistência individualizada e integral (sem estabelecer divisão de atividades entre prevenção e cura) à saúde, a de saneamento básico simplificado e a de alimentação e nutrição, está articulada com o PRONAN (4).

Objetiva estender suas atividades a 10 Estados do Nordeste, estimando cobrir uma população de 23 milhões de pessoas até 1979, época para a qual está previsto o encerramento do Programa (implantação) (5).

Em 1977, o PIASS havia aprovado seis projetos estaduais com metas iniciais para 211 municípios para os quais já contava com recursos da ordem de 293 milhões de cruzeiros liberados pelo PIN.

Entretanto, com pouco mais de um ano de funcionamento, aquela que foi interpretada como... "a proposta mais completa e abrangente de regulamentação do Sistema Nacional de Saúde na prática" (6) já esbarrava com dificuldades equacionadas por um dos técnicos que teve participação ativa em sua implantação (7) como formas de resistência 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 articulações;
- . sincera visão setorial e não apenas institucional de órgãos, grupos de interesses comuns, etc.;
- . aceleração dos fluxos financeiros, pelas restrições institucionalizadas;

(4) Id. *ibid.*

(5) SANTOS, N.R. Aspectos da organização e implementação do PIASS. *IN: CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 19 e CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 1, São Paulo, outubro 1977 11p. (mimeogr).*

(6) Id. *ibid.* p.7

(7) Id. *ibid.* p.7-8

"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 dessas resistências esbarram frequentemente 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 potentados tradicionais do setor, com a perpetuação do fracionamento inter e intra-institucional" (8).

O SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE DO NORTE DE MINAS

Em 1976 iniciou-se a implantação do Sistema Integrado de Saúde do Norte de Minas, um programa destinado a uma região de 126.541 km², contendo 46 municípios e com uma população estimada para 1975 em 1.079.817 habitantes, da qual 72% reside na área rural (9). Montes Claros é a principal cidade da região e sedia o programa.

Um dos pressupostos de que parte o programa é de que a atual organização dos serviços de saúde é dotada de baixo grau de racionalidade, produzindo serviços com baixos níveis de adequação, eficácia e eficiência (10). Pressupõe também que a institucionalização do Sistema Nacional de Saúde é uma tentativa de superar o problema anterior, mas que a organização do Sistema será definida na prática de implantação, uma vez que a Lei 6.229, que dispõe sobre o assunto definiu apenas grandes parâmetros organizacionais (11).

(8) Id., ibid.

(9) PROGRAMA de extensão da cobertura. IN: REUNIÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO NORTE DE MINAS, 1, Belo Horizonte, 1976 49p. (mimeogr.) p.1 tema 3.

(10) CARACTERÍSTICAS básicas e estrutura funcional do modelo. IN: REUNIÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO NORTE DE MINAS, 1, Belo Horizonte, 1976 14p. (mimeogr.) p.1. Tema 1.

(11) Id., ibid. p.1

Partindo dessas concepções propõe que a operacionalização do Sistema Nacional de Saúde seja conquistada através de uma estratégia indutiva... "a partir do desenho, implementação e avaliação de Sistemas Regionais de Saúde" (12).

"O modelo (o programa em questão) deve ser visualizado como a etapa inicial de um processo de síntese de Sistemas que se dará em tempos diferentes e em sentido vertical, levando à consolidação de sistemas estaduais e nacional de saúde" (13).

São as seguintes as suas principais características:

O modelo proposto é concebido como alternativa para "regiões pobres, com alto grau de dispersão populacional e com grande contingente de população rural" (14) e se baseia nos princípios de Regionalização-Hierarquização.

Os princípios básicos que fundamentam o programa e que foram registrados em documento da 1.^a Reunião do Sistema (15) vêm a seguir relacionados:

a) Aumento da cobertura. Propõe-se cobrir no mínimo 70% da população-alvo.

b) Coordenação interinstitucional. O modelo prevê a constituição de conselhos em todos os níveis, regional, da área programática e municipal, com a participação de representantes de todas as instituições envolvidas.

c) Financiamento multilateral. Entretanto, visando a produtividade, prevê a utilização de recursos externos exclusivamente para o desenvolvimento da infra-estrutura (equipamentos, instalações, formação de recursos humanos, assistência técnica e pesquisas operacionais).

(12) Id, *ibid.* p.1

(13) CARACTERÍSTICAS Básicas... Tema 1 op. cit. p.3

(14) Id. *ibid.* p.2

(15) Id. *ibid.* p.3-8 Os princípios enumerados foram extraídos deste documento. Apenas as referências de outras fontes aparecem citadas.

(16) MECANISMOS de coordenação inter-institucional. IN: REUNIÃO DO SISTEMA ..., 1, Belo Horizonte, 1976 11p (mimeogr) p-5-6. Tema 4.

d) Regionalização. A região foi dividida em oito áreas programáticas, que correspondem a um agregado de municípios em torno de uma cidade polo. As populações desta área variavam, segundo estimativas para 1975, entre 61.000 e .223.000 pessoas.

e) Hierarquização dos Serviços. Tecnicamente baseia-se no princípio racionalizador de custos decrescentes e coberturas crescentes. A hierarquização dos serviços pressupõe a de profissionais, implicando na ampla utilização de auxiliares de saúde, pessoal de nível elementar e médio, que após um estágio intensivo de treinamento e, posteriormente no treinamento em serviço supervisionado, capacita-se para resolver os problemas mais comuns de saúde, incluindo o diagnóstico e tratamento das patologias mais simples. No Norte de Minas optou-se pela escolha da professora como agente de saúde (17).

A hierarquização dos serviços foi concebida em 5 níveis (18): nível 1, rural ou peri-urbano, onde se localizam as Unidades Auxiliares de Saúde (UAS), operadas por 2 auxiliares de saúde; nível 2, localizado na sede de cada município, Unidade Ambulatorial (UA), onde são oferecidas consultas médicas e serviços básicos de laboratório. O Conjunto de UAS com uma UA compõem o módulo básico do sistema; nível 3, Hospital local, comportando serviços de clínica e cirurgia gerais, laboratório diferenciado e radiologia básica; nível 4, Hospital distrital (Hd), cobrindo toda uma área programática, com serviços de maior complexidade e nível 5, Hospital Regional (HR), cobrindo toda a região, desenvolvendo atividades de maior especialização, sediado em Montes Claros.

f) Relacionamento com o Sistema Informal, privilegiando ... "a utilização racional das ações empírico-místicas".

g) Integralidade de Atenção à Saúde. Corresponde à concepção de não separação entre atividades preventivas e curativas e à eliminação das clientela cativas (cobertas por diferentes instituições), a nível de unidade de saúde.

(17) INFRA-estrutura do sistema de saúde: unidades auxiliares de saúde.

IN: REUNIÃO.... 1. Belo Horizonte, 1976. 7p. (mimeogr.) p.3.

Tema 2.

(18) Id., ibid. p.1

h) Participação da comunidade. O modelo propõe-se a romper com a concepção funcionalista de participação: "...é prevista e buscada a participação efetiva da comunidade, não apenas no consumo e execução, mas também na definição de suas necessidades, programação, produção e avaliação de seus serviços. A partir deste enfoque, a população não é encarada como alvo passivo de ações, uma consumidora inerte de produto cuja origem está fora de seu horizonte; a potencialidade criativa e reflexiva do povo é percebida e levada em conta, abrem-se canais para sua manifestação. A pauta de atividades a serem desenvolvidas nasce do diálogo entre povo e o técnico, numa aproximação onde não há relações verticalistas, mas de horizontalidade (19).

i) Utilização da equipe de saúde. Ênfase na formação e utilização de auxiliares de saúde visando corrigir as distorções tradicionalmente observadas nas equipes onde se enfatiza, geralmente, a participação de profissionais de nível universitário.

j) reprodutividade em outras regiões semelhantes;

O Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas está atualmente integrado ao Programa PIASS.

O PPREPS

O Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, em colaboração com o Ministério da Educação e Cultura (MEC) e da organização Panamericana de Saúde (OPAS) foi formalizado em documento de junho de 1976, do qual se procurará extrair as características mais relevantes para esta análise (20). Tem por objetivo... "promover a adequação da formação de pessoal de saúde (quantitativa e qualitativamente) às necessidades e possibilidades

(19) Id. ibid. p-2-3

(20) BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação e Cultura. Organização Para-Americana de Saúde. *Programa de preparação estratégica de pessoal de saúde*. Brasília, 1976.

des dos serviços através de uma progressiva "integração" das atividades de formação na "realidade do Sistema de Serviços de Saúde" (p.3). O Programa pressupõe distinções na formação de recursos humanos, dos quais a mais importante é a formação inadequada quantitativa e qualitativamente de pessoal técnico e auxiliar.

Três objetivos específicos são relacionados:

1. Preparação de grande quantidade de pessoal médio (técnicos e auxiliares) e elementar visando cobrir os déficits atuais e ampliar a cobertura dos serviços (p.5). Prevê a formação, entre 1976 e 1979 de 170.000 destes profissionais.

Para a implementação deste primeiro objetivo específico formula como estratégia fundamental o apoio às Secretarias Estaduais de Saúde para o desenvolvimento de projetos de treinamento de pessoal para todo o sistema de saúde estadual (p.12). Entretanto, a curto prazo prevê o apoio a quaisquer iniciativas isoladas inseridas dentro do espírito do Programa (p.13). Esta belece como prioritária a formação de pessoal destinado ao subsector público do Ministério e Secretarias de Saúde, e prevê também a formação... "de agentes comunitários de Saúde" não vinculados empregatíciamente às instituições de saúde, dentro do esforço nacional de expandir as ações de saúde a toda a população com aproveitamento dos recursos e a participação ativa das comunidades" (p. 14).

2. "Apoio à constituição, implementação e funcionamento de dez regiões docente-assistenciais de saúde, para cobertura final de 15 a 20 milhões de habitantes" (p.7).

A estratégia proposta para atingir este objetivo é a de se voltar a formação de recursos humanos para as deficiências constatadas dentro do atual sistema prestador, através da integração inter-institucional, sob a liderança das Secretarias de Saúde.

Um dos critérios de seleção das áreas docente assistenciais praticamente elimina a escolha de áreas onde é significativo o papel da iniciativa privada na prestação de serviços:

(Serão selecionadas regiões que possuírem "infra-estrutura de serviços de saúde a cargo do Estado de importância significativa no sistema estadual ou subsetor público relativamente dominante no Sistema" (p.19).

3. "Apoio ao estabelecimento de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, em cada Estado da União, integrado aos sistemas de Planejamento Setorial correspondentes" (p.9). Este objetivo, assim como sua estratégia praticamente se inserem nos anteriores (pp. 9 e 21).

A estratégia mais geral do Programa é a articulação e a cooperação entre as instituições (p.9) sob a liderança das instituições de Saúde Pública (p.10).

O PPREPS previu uma dotação orçamentária de Cr\$15.000.000, para 1975 e Cr\$ 22.000.000 para 1976 e alocações da ordem de Cr\$ 40.000.000 anuais se a execução do Programa conselhasse (p.32).

O Programa prevê a liberação das primeiras parcelas de recursos para: a) projetos de treinamento aprovados para 16 Estados, dos quais 10 são do norte e nordeste e os demais, de outras regiões, em geral Estados pobres..

b) oito sistemas estaduais de recursos humanos, sete para o norte e nordeste e o oitavo para Minas Gerais e c) cinco projetos docente-assistenciais integrais (regiões completas) todos localizados no norte e nordeste; cinco projetos docente-assistenciais: em Vitória (ES), Montes Claros (MG), Londrina (PR), São Paulo (SP) e Campos (RJ), estes porém parciais (parte de uma região).

LONDRINA

A experiência de Londrina em Medicina Comunitária será objeto de exame mais detalhado devido ao fato de estar diretamente vinculada às atividades do autor, tendo sido mesmo a maior motivação do presente trabalho. Não será entretanto, exaustiva, uma vez que tal análise foi já empreendida por ALMEIDA(21). Deste trabalho serão retiradas a maior parte dos elementos a serem aqui considerados. O objetivo no momento, mais do que tirar conclusões a respeito da experiência de Londrina, é o de apontar questões a serem levantadas no exame de uma experiência local.

Aspectos geo-econômicos e de saúde da população

Londrina é cidade - polo de uma região que em 1972 continha uma população de 4,5 milhões de habitantes distribuídos por uma área que inclui grande parte do território do Paraná, sul do Estado de São Paulo e leste do Mato Grosso do Sul (22). Vem, por essa razão, mantendo acelerado ritmo de crescimento e urbanização.

As relações de produção no campo, que no início da colonização da região, com a plantação de café, ocupavam grandes contingentes de mão de obra, modificaram-se, possibilitando um rearranjo da estrutura fundiária, com o aumento do tamanho médio das propriedades rurais e alteração das relações de trabalho no campo, com a mecanização da lavoura, não mais de café predomi

(21) ALMEIDA, M.J. A organização de serviços de saúde a nível local: registros de uma experiência em processo. Dissertação - mestrado - Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1979.

(22) NAKAGAWARA, Y. As funções regionais de Londrina e sua área de influência. Tese - Doutorado - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP. São Paulo, 1972.

nantemente (23). O efeito mais significativo destas mudanças foi o êxodo rural e conseqüente urbanização acelerada. Ilustra este fato a constatação de que havia em 1977 na cidade 12 favelas, das quais quatro com menos de um ano de existência, abrigando, todas elas, uma população de 8.931 pessoas (24). A população do município foi estimada em 338.264 habitantes, dos quais 75.6% residindo em área urbana (FIBGE).

A distribuição da renda, por setores, no município mostra coerência com a urbanização: 55% da renda é gerada no setor de comércio e serviços, 32% na indústria e 13% no agropecuário (25).

A população materno-infantil do município, segundo o censo de 1970, era de 71,15%, considerando-se como população infantil (45,97%) aquela de 0 a 19 anos (excluindo-se a população feminina de 15 a 19 anos) e população materna (25,18 %) aquela constituída de mulheres de 15 a 49 anos (26).

Quanto ao estado de saúde da população dispõe-se de poucos dados para uma correta avaliação, principalmente em relação à morbidade, dada a precariedade das notificações e completa ausência de inquéritos de morbidade. Uma das poucas investigações disponíveis (27) revela que as doenças mais comuns registradas no Centro de Saúde local são: poliemielite, meningite, desintéria, tuberculose, sarampo, tétano e desidratação.

-
- (23) PORTO ALEGRE - Superintendência do Desenvolvimento da Região Sul. *Plano Diretor do eixo Londrina-Maringá*. Pré-diagnóstico. Londrina, FUEL, 1978. (mimeogr).
- (24) LONDRINA, Prefeitura Municipal. Secretaria de Planejamento. *Diagnóstico preliminar das favelas em Londrina*. Londrina, 1977 (mimeogr.)
- (25) INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico do Paraná, 1970*. Rio de Janeiro, 1972
- (26) NAKAGAWARA, Y. *Evolução e distribuição da população paranaense*. (no prelo).
- (27) BRASILEIRO, A.M. Coord. *Municipalização: educação e saúde*. Rio de Janeiro, SEPLAN-PR; IBAM, 1977.

Segundo dados do órgão regional da Secretaria de Saúde do Estado é a seguinte a evolução da mortalidade infantil no município nos últimos anos:

QUADRO 7: Mortalidade Infantil no Município de Londrina, de 1974 a 1977

ANO	CMI (x 1.000 N.V.)
1974	76,47
1975	75,17
1976	68,13
1977	53,86

A queda da CMI já havia sido observada por SOARES (28) entre os anos de 1960 a 1972. Tal evolução não permite concluir que o nível de saúde venha efetivamente melhorando, ainda mais quando este dado se choca com algumas outras evidências de precariedade do estado de saúde populacional. Informações obtidas por ALMEIDA (29) junto à Diretoria Regional de Saúde da Região Sul da FSESP revelam que 26,1% dos óbitos ocorridos em Londrina correspondiam a crianças com menos de um ano de idade e pesquisa realizada por GUITTI (30) demonstra que 69,7% das crianças menores de 7 anos da periferia de Londrina eram portadoras de desnutrição proteico-calórica.

Organização dos Serviços de Saúde

A organização local dos serviços de saúde em nada difere daquela de outras regiões com elevado grau de urbanização. ALMEIDA (31) procedeu ao levantamento dos dados sobre serviços de saúde que permitiram concluir quais as principais ca

(28) SOARES, D.A. *Evolução do nível de saúde do município de Londrina, no período de 1960 a 1972*. Tese-Doutorado - Centro de Ciências da Saúde da UEL. Londrina, 1976.

(29) ALMEIDA, op. cit. p.50

(30) GUITTI, J.C.S. *Condições nutricionais de crianças de 0 a 6 anos de idade na periferia da cidade de Londrina; Influência da condição sócio-econômica*. Tese de Doutorado - Centro de Ciências da Saúde da UEL, Londrina, 1975.

(31) ALMEIDA, op. cit. p.50-5

racterísticas da sua organização. Nela predomina o setor hospitalar em comparação com reduzida capacidade ambulatorial, há uma centralização espacial dos serviços que, quase na totalidade localizam-se nas zonas mais centrais da cidade. Tais serviços são, em grande número, especializados e entre os profissionais médicos predominam os especialistas. Há também predomínio do número destes profissionais sobre outros, como os de enfermagem e auxiliares. Constata ainda o referido autor que há uma multiplicidade de instituições de saúde que atuam descoordenadamente. Predomina a forma "liberal" de prestação de serviços, financiada pela Previdência Social. Apesar da disposição expressa pelo INAMPS de incentivar o empresariamento médico na região (32) não se tem notado ainda aumento significativo das empresas médicas. Por fim, interessa assinalar que a cidade constitui-se em importante polo médico regional, atendendo a grande demanda oriunda de outras localidades, principalmente para atendimento especializado.

Desenvolvimento da Medicina Comunitária em Londrina

ALMEIDA (33) divide o processo de implantação e desenvolvimento dos serviços de M.C. em Londrina até o presente (1979) em três fases:

a primeira, entre 1969 e 1971, é marcada pela implantação de dois postos de saúde em bairros periféricos, através da Prefeitura e Universidade com a finalidade de servir de área de estágio para alunos do curso de medicina. Não se pensava, nesta fase, em se criar um modelo de atenção à saúde, mas de proporcionar ao aluno maior contato com a realidade sócio-econômica da população atendida.

Analisando este período inicial ALMEIDA (34) fornece a seguinte interpretação:

(32) INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL, Brasília, Resolução n° INPS-900 de 1.09.1975; Projeto Londrina, Brasília, 1976,

(33) ALMEIDA, M.J. op. cit. pp.50-60

(34) ALMEIDA, op. cit. p-56

"Entendemos como motores principais dessas iniciativas no setor saúde municipal a crescente urbanização do município e o progressivo depauperamento das condições de vida e de saúde de parcelas significativas de sua população. A eleição, em 1968, pela primeira vez no município, de um prefeito médico-cirurgião, ex-Secretário de Saúde do Estado, vinculado ao partido oposicionista e que tinha como lema de campanha eleitoral "A Saúde do Povo é a Suprema Lei" e a estruturação do curso médico pela Universidade, que possibilitou a vinda de professores com formação e experiência na área de Saúde Pública, também são consequências de um quadro regional, em transição, quer do ponto de vista sócio-econômico, quer do ponto de vista político".

A segunda fase, que ocupa o período de 1972 a 1976, é marcada pela reorientação técnica e administrativa dos serviços e pela criação de uma unidade sanitária em um dos oito distritos rurais do município.

A reorientação técnica refere-se a implantação do sistema de delegação de funções tradicionalmente médicas para o pessoal auxiliar em um esquema de hierarquização de serviços. Interessante assinalar que tal orientação foi tomada devido à constatação prática de que a maior parte da demanda era constituída de patologias de fácil diagnóstico e tratamento, delegáveis a pessoal auxiliar, desde que treinados e supervisionados, permitindo ao médico maior disponibilidade de tempo para os casos de maior complexidade.

Do ponto de vista administrativo, nesta fase a Universidade assume a administração das Unidades Sanitárias, e é a Universidade quem, nesse período, firma com a Fundação Kellog e a OPS convênio que institui o Programa Comunitário de Atenção à Saúde Familiar (PROCAF), através do qual são alocados recursos financeiros à Universidade.

Tais recursos serão empregados para reequipagem das Unidades existentes e instalação de novas, porém não serão empre

gados nas despesas correntes de manutenção das mesmas.

Neste período a Universidade assume maior importância na implementação do modelo de M.C. (a Prefeitura instala apenas um posto rural sem relação com o modelo).

Universidade e Prefeitura são as principais instituições envolvidas em todo o processo. Ligadas a correntes políticas diversas- aquela ao Governo do Estado, e assim, ao partido situacionista e esta ao partido oposicionista-na primeira fase trabalham em conjunto, na segunda afastam-se, permanecendo a Prefeitura praticamente desligada do processo, e na terceira rompem formalmente, como será visto a seguir.

A terceira etapa, de 1977 a 1978 é caracterizada pela ampliação dos serviços de atenção primária de saúde, com a implantação de quatro postos pela Prefeitura e um pela Universidade. A Prefeitura, nesta fase, assume a liderança na ampliação dos serviços e isto é possibilitado, em parte, pelo rompimento, por iniciativa da Universidade, de convênio que mantinha com a Prefeitura, através do qual esta instituição repassava determinada verba àquela para auxiliar na manutenção do Pronto Socorro (35). Estes recursos puderam ser realocados em unidades sanitárias. Mas a principal razão para a ampliação dos serviços por parte da Prefeitura foi o compromisso eleitoral assumido pelo atual prefeito com a população da periferia urbana e rural de instalar serviços de saúde gratuitos. A necessidade do cumprimento deste compromisso pode ser entendida quando se sabe que o Chefe do Executivo desenvolve um estilo muito próximo do populismo dos anos 50 e início dos 60 e em uma cidade que procura afirmar uma autonomia política de oposição (trata-se do terceiro prefeito que se elege pela sigla oposicionista em eleições sucessivas).

(35) O rompimento do convênio correu por entender a Universidade que a Prefeitura devia custear o tratamento de não contribuintes atendidos no P.S., recusando a transferência de verba fixa.

No período ora analisado a Prefeitura consegue também firmar convênio com o INAMPS, ampliando a captação de recursos para o setor.

O desenvolvimento da M.C. em Londrina, da segunda fase a esta parte, orientou-se pelas mesmas diretrizes dos demais serviços de M.C.: descentralização, hierarquização de serviços e profissionais (o que supõe a simplificação de ambos), tentativa de obtenção de algum grau de coordenação inter-institucional e participação da população.

Principais obstáculos ao desenvolvimento do trabalho

A medida em que cresceu o trabalho, os obstáculos ao seu desenvolvimento foram se deslocando de uma área predominantemente técnica para outra de domínio político.

Para se ter uma idéia da magnitude atual, os serviços de M.C. (Prefeitura e Universidade) somam hoje doze postos de saúde nos quais trabalham 31 auxiliares de saúde, 5 enfermeiras, 8 médicos e alguns outros profissionais não vinculados diretamente à prestação de serviços, como os da área administrativa.

A descrição detalhada e avaliação de alguns aspectos do trabalho foram efetuados por ALMEIDA (36).

O mesmo autor assinala os principais obstáculos ao desenvolvimento da experiência (37).

Os primeiros obstáculos surgem na área da ideologia profissional ao se tentar operacionalizar conceitos ideológicos comprometidos com os legítimos interesses populares. Assim é que esta dificuldade surge... "na escolha de critérios para a seleção do pessoal (risco de empreguismo), na programação e

(36) ALMEIDA, op. cit. p.69-76

(37) Id., ibid. p-76-93

execução de cursos de formação de auxiliares (risco de fiscalização) e... na tendência em focar de forma tradicional as tarefas dos agentes de saúde" (p.77)-

Outro obstáculo, ainda relativo à ideologia profissional, diz respeito a uma certa inquietação, principalmente do pessoal de nível universitário com respeito ao ritmo com que se desenvolvem a organização e conscientização do pessoal auxiliar.

Por fim, identifica-se como obstáculo, a pouca disponibilidade de profissionais, o que é determinado, por um lado pela ideologia dos mesmos, e por outro, pela baixa disponibilidade financeira das instituições que financiam a M.C.

Outro tipo de dificuldade que vem enfrentando a experiência de Londrina, principalmente os serviços da Prefeitura, está no relacionamento com o Governo do Estado que não tem facilitado a colaboração entre as instituições, negando-se, por exemplo, a fornecer vacinas e credenciar postos para vacinação. ALMEIDA (p.80) identifica na base desta questão a divergência político-partidária, referente especificamente à Prefeitura - dominada pelo partido oposicionista desde 1968- e a divergência de doutrina de trabalho entre os serviços de M.C. em Londrina e a Saúde Pública do Estado. Estes representam uma visão anacrônica e imobilista da Saúde Pública, identificada inclusive pelo IBAM, que em 1976 atestava o... "atraso em termos do conhecimento da Saúde Pública naquele Estado" (Paraná) (38).

Outro obstáculo encontrado foi o rompimento do convênio entre a Prefeitura e a Universidade que possibilitava às Unidades Sanitárias da municipalidade encaminharem seus pacientes ao Hospital Universitário. O rompimento deste convênio afetou a hierarquização dos serviços, dificultando a referência de doentes indigentes ao hospital por todos os postos de saúde,

(38) BRASILEIRO Apud ALMEIDA op. cit. p.8

inclusive os da Universidade, uma vez que esta entendeu ser da responsabilidade do município o custeio integral do tratamento de tais pessoas. ALMEIDA (p.83) identifica a base deste conflito de natureza predominantemente político-partidária, re produzindo o que já foi dito entre a Prefeitura e o Governo do Estado.

Outro tipo de obstáculo identificado relaciona-se com a disponibilidade de verbas. A Universidade, por não ser órgão eminentemente prestador de serviços, não poderá mobilizar grande soma de recursos para ampliação do Setor. A municipalidade esbarra com a política fiscal centralizadora que exauriu os municípios de recursos. E o INAMPS não se dispõe a mobilizar grande soma de recursos para modelos de saúde que não sejam coerentes com a linha da instituição, qual seja a da privatização, hospitalização, especialização, etc. Ilustra este fato as dificuldades que tem encontrado a Prefeitura para obter recursos da Previdência Social. Mesmo atendendo a uma demanda constituída, em cerca de 50%, de previdenciários do INAMPS, a Prefeitura, após 12 meses, conseguiu um repasse de verbas daquela instituição (Cr\$ 24.400,00 mensais) que representava apenas 1/4 do custo de manutenção dos serviços (p.88). Tal fato ocorreu em uma época em que o INAMPS derramava sobre o setor privado quantias incomparavelmente mais generosas, como se pode deduzir do quadro abaixo.

QUADRO 8. (39) Distribuição dos atendimentos médicos prestados pela agência do INAMPS de Londrina nos anos de 1976 a 1977.

<u>CONSULTAS MÉDICAS</u>		
Serviços próprios	190.142	191.391
Serviços credenciados	148.876	219.368
Convênios	47.741	43.245
T O T A L	386.759	454.004

(39) INAMPS, Londrina Apud ALMEIDA op. cit. p.91

Por fim, os obstáculos mais importantes situam-se ao nível da participação da população que pretende ser crítica e não agir no sentido do desvio da atenção da população dos seus problemas fundamentais. O enfoque adotado de participação rechaça a idéia de serem os serviços de saúde instrumentos principais para a organização da comunidade. Ao contrário entende-se que sob este ponto de vista, os serviços de saúde têm caráter contributório. Isto faz pressupor a necessidade da existência de entidades populares representativas e autênticas. Ocorre que as organizações populares, são..., "na maior parte dos casos, associações de natureza exógena, ou seja, criadas a partir de iniciativas do poder público, com fins nitidamente eleitorais e portanto funcionarem pouco como agregação estável de pessoal em torno de interesses comuns. Possuem pequena representatividade e quase nenhuma organização interna" (P.92).

Comentários sobre os programas

Os programas antes examinados, em conjunto representam as linhas gerais que vêm sendo adotadas pela Medicina Comunitária no Brasil.

Mesmo correndo o risco de exagerada simplificação é conveniente tentar resumir as características principais de tal proposta.

Em primeiro lugar, distingue-se ela pela natureza do objeto que seleciona para sua prática: as populações pobres das periferias urbanas e rurais. Da seleção deste objeto advém uma segunda característica: a racionalização através da execução de ações de saúde de baixo custo e alta eficácia. Propõe-se para a obtenção de tal racionalidade medidas como: a) integração e coordenação interinstitucional, visão correspondente a um enfoque acrítico, que pressupõe a semelhança de objetivos e, portanto, a solidariedade inter-institucional; b) ampla utilização de pessoal auxiliar e c) participação comunitária.

Na tentativa de apreender o essencial pode-se identificar na dupla simplificação, tecnológica e do produtor de serviços, a característica fundamental.

No contexto da política nacional de saúde, como já se apontou anteriormente, a Medicina Comunitária insere-se como modelo complementar à organização dominante no setor, introduzindo mais um elemento de racionalização na organização de serviços ao interferir sobre crescentes demandas.

O significado político pode ser apreendido ao se atentar para o objeto da Medicina Comunitária - populações atualmente excluídas do consumo - e para o papel desempenhado pelo Estado.

O Estado, como aparelho de uma classe, tem como finalidade essencial a manutenção e reposição da estrutura produtiva (área do econômico) e das instâncias super-estruturais (área do político e do ideológico) (40). O Estado interfere, através da Medicina Comunitária, sobre tensões sociais que tendem a se agravar principalmente após 1968, quando se observa uma elevada aceleração da deteriorização do valor do trabalho. Os reflexos desta deteriorização são evidentes sobre a saúde e pressionam por serviços específicos. Fica claro, portanto que a Medicina Comunitária, tal qual foi inicialmente proposta, não é um modelo alternativo à atual política de saúde, mas insere-se corretamente nela, elevando sua racionalidade, ao preencher espaços deixados em branco pela forma de organização dominante no setor, preservando as áreas lucrativas para o produto privado e cumprindo a finalidade principal de contribuir para a absorção de tensões sociais.

O que distingue a experiência de Londrina daquela do Norte de Minas e do PIASS é o fato de ser implantada em área altamente urbanizada, com elevada concentração de capital, onde a forma dominante de organização da medicina é bastante desenvolvida. Entretanto, ela vem se desenvolvendo até o momento em faixa não preenchida - e fora do interesse - pela forma dominante de organização de serviços, sendo, portanto, também complementar a esta.

(40) PEREIRA, L. op. cit.

CAPÍTULO 5. PERSPECTIVAS DA MEDICINA COMUNITÁRIA

A análise da origem da medicina comunitária, efetuada no capítulo 3, e o exame de algumas experiências significativas em implantação no Brasil, permitem concluir que seu objetivo subjacente é o mesmo dos demais aparelhos de Estado. Entretanto, no caminho para a consecução de tal objetivo as experiências têm de passar, e efetivamente vêm passando, por contradições surgidas no processo de aplicação prática.

De fato, para cumprir a finalidade proposta, a Medicina Comunitária, que não é apenas um discurso - embora se preste ao suporte de um discurso igualitário - deve ser implantada e funcionar da maneira eficaz, a persistirem as condições estruturais e conjunturais que lhe deram origem. Entretanto, a obtenção desta eficácia passa necessariamente por dois requisitos. O primeiro é a necessidade de os projetos estarem coordenados por pessoal efetivamente comprometido com os interesses da população beneficiária, uma vez que o trabalho nesta área em geral não fornece outros atrativos como possibilidade de extração de lucro, altos rendimentos sob a forma de renda-salário, prestígio, etc. O segundo requisito, derivado em parte da necessidade de simplificação, é a "participação comunitária". Ambos os requisitos introduzem uma contradição e colocam a possibilidade de reconversão da política de saúde, através da dotação de novos conteúdos ideológicos. O que se pretende discutir em seguida é o papel que a Medicina Comunitária pode vir a desempenhar no quadro mais geral da política de saúde, dentro de uma perspectiva de mudança social.

Para se proceder a esta análise há necessidade de se traçar o quadro de forças políticas que se expressam no setor saúde, cuja resultante orienta a política de saúde.

Esquemáticamente podese agrupar estas forças em cinco categorias, das quais, as quatro primeiras encontram-se representadas no setor e a quinta permanece excluída.

A primeira destas forças é constituída pelos setores médicos que professam uma ideologia profissional liberal, e que, esgotada a possibilidade de trabalho sob a forma liberal clássica, mantém uma relação de trabalho assemelhada a esta, remunerados pela Previdência Social, por ato médico realizado (pagamento por unidade de serviço). Esta força se expressa através da maioria das associações médicas, da Associação Médica Brasileira e da Federação Brasileira de Hospitais. É uma força heterogênea na sua composição e na qual se somam a ideologia da medicina liberal com a presença residual de médicos autônomos e o contínuo crescimento, nas últimas décadas, da empresa médica hospitalar paga por unidades de serviços. A modalidade de financiamento que sustenta tais modalidades de produção parece não corresponder à forma mais adequada de organização em uma economia de capital, na medida em que reduz as possibilidades de racionalização no uso de recursos. Tendencialmente é, portanto, uma posição que deverá perder terreno, e efetivamente o vem para a "medicina de grupo". A lógica que preside o funcionamento dos serviços deste tipo é a da super-produção, especialização dos atos médicos, uso intensivo de tecnologia e hospitalização, visto que todos estes procedimentos redundam em ampliação da renda, pois correspondem ao maior número de unidades de serviço.

A segunda força, a da "medicina de grupo", dirigida fundamentalmente à força de trabalho empregada nas grandes empresas é a mais avançada, do ponto de vista da economia capitalista, e por isto tende, e efetivamente vem conseguindo ampliar a sua área de atuação. O grau de racionalidade que a medicina de grupo pode alcançar, assim como os meios para sua obtenção foram antes analisados. Esta modalidade encontra seus limites nos limites de expansão da grande e média empresa, concentradoras de elevada quantidade de mão de obra, para as quais a empresa médica é adequada. Já aqui a lógica de produção de serviços é a da racionalidade.

Uma terceira força, que não possui um projeto próprio de organização de serviços, pois se beneficia de ambos anteriormente citados, é constituída pela indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares.

Contraopondo-se aos projetos de organização de serviços formulados ou reforçados pelas anteriores, existe uma quarta força representada por profissionais médicos, que possuindo ou não um projeto próprio de organização de serviços, têm manifestado seu descontentamento face às atuais modalidades de organização. Tal descontentamento se expressa em diferentes formas de mobilização social como greves, debates, denúncias, e ainda através da criação ou ativação de entidades representativas (sindicatos, associações, etc). Em grande parte tal descontentamento representa a incapacidade de absorção, de maneira a atender os anseios de tais profissionais, pelo mercado de trabalho. Uma proporção destes profissionais, que de alguma forma se contrapõem à maneira predominante de organização dos serviços, atua no sentido de implementar projetos de Medicina Comunitária. Esta atuação tornou-se possível no momento em que se abriram perspectivas de mercado de trabalho nesta área.

No relatório final do seminário sobre Medicina Comunitária e Ensino Médico, realizado na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1977 encontra-se a seguinte alusão (1)

"A alternativa recente no mercado de trabalho criada pela implementação de projetos e captação de recursos humanos por parte do poder público (Ministério e Secretarias de Saúde) poderia abrir a perspectiva de profissionalização não apenas em Saúde Pública, mas também em Medicina de primeira linha exercida por médico generalista..."

(1) UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina. *Relatório final do seminário sobre Medicina Comunitária e Ensino Médico*. São Paulo, 1977.

Conclui o mesmo seminário que os projetos comunitários poderiam adquirir o caráter alternativo por referência à política de saúde.

Entretanto, os projetos de Medicina Comunitária, jamais poderão adquirir o estatuto de alternativa à atual política de saúde se não contarem com o apoio da força, no presente virtualmente excluída do setor saúde, aquela representada pelas classes trabalhadoras. Este apoio poderia ser obtido através da "participação comunitária".

Convém, portanto, para esclarecer o papel que comporta esta quinta força, a da classe trabalhadora, introduzir a discussão acerca da participação comunitária.

O enfoque veiculado pelo Estado propõe a resolução dos problemas de saúde ao nível da "comunidade", entendida como ajuntamento indiferenciado, geograficamente localizado, de população. A real diferenciação entre necessidades, interesses, condições de vida das distintas categorias sociais permanece inteiramente ausente de considerações e/ou obscurecida pelo teor igualitário da noção. Por outro lado, agrega-se a essa concepção a noção de... "homogeneidade entre o social, o econômico e o político... (que)... passam a se constituir em variáveis interdependentes sem uma hierarquia de determinações (vide círculo vicioso da pobreza desenvolvido por Nurke e Myrdal para explicação do subdesenvolvimento). A escalada rumo à integração pode então se iniciar indiferentemente a partir dos programas de melhoria das habitações, das condições do meio ambiente, de programas de educação de base..., de animação social..., incentivos às cooperativas..., e associações" (2). Tal visão presta-se ao ocultamento do caráter estrutural dos problemas locais, procurando remeter ao local a origem de tais problemas (3).

(2) PELLEGRINI F^o, A. et alii A medicina comunitária, a questão urbana e a marginalidade social. IN: GUIMARÃES op. cit. p.221

(3) Veja-se, por exemplo:

VIDAL, C. Medicina comunitária: nuevo enfoque de la medicina Educo. med. salud, 9(1):11-46, 1975.

Recusando-se a trabalhar tanto a hierarquização dos níveis em que são gerados os problemas que afetam a população, bem como a referida diferenciação interna de interesses e necessidades, a concepção de Medicina Comunitária oficialmente veiculada mantém imprecisa a noção de participação.

Por outro lado, os enfoques da participação entre aqueles que contemplam uma perspectiva de mudança social têm variado amplamente. Concordam, entretanto, que a participação deve permitir a compreensão estrutural da sociedade e a localização das origens dos problemas de saúde a esse nível. Tal proposta, levada às últimas consequências chega a colocar os serviços de Medicina Comunitária com simples meio para organização da população em torno de seus problemas fundamentais. Esta posição por vezes subestima o poder coercitivo do Estado e ignora o fato de os projetos de medicina comunitária serem implementados por êle. Não raramente, por confundir-se na análise da natureza do Estado, curiosamente estas propostas apelam ao próprio Estado para que viabilize as condições para o planejamento participante (com enfoque estrutural), o que corresponde ao apelo ao Estado para renuncie à sua essência de aparelho de uma classe e conceda àquela oposta condições de igualdade no planejamento. Este fato pode ser observado, por exemplo, em trabalho desenvolvido a partir da experiência de participação comunitária no planejamento, levada a efeito no Peru.

Aponta o documento o planejamento participante como meio para o verdadeiro desenvolvimento, definido... " como um processo de mudanças estruturais orientadas para abolir as relações de dominação e dependência nos campos econômico, político, cultural e social" (4). E, em outro momento apela ao Estado para que viabilize a proposta de planejamento participan

(4) HERRERA, J.C. *A planificação participante no desenvolvimento*, s.n.t.
(mimeogr.)

te:

"Desgraçadamente, se olharmos a maioria dos países latino-americanos, veremos que a maior parte das medidas para que isso corra (o planejamento participante), não foram tomadas. Se considerarmos que são os organismos planejadores que devem ter ação relevante, o panorama é desolador" (5).

Um outro enfoque da "participação comunitária" - e neste casos seria mais apropriado dizer participação da população - dentro de uma perspectiva de mudança social, procura situá-la mais corretamente no quadro do jogo político de forças representativas das classes sociais, levando adequadamente em consideração o papel e a natureza do Estado:

"Somente um processo social amplo, que conquiste a democracia no país (refere-se ao Brasil), permitirá a estruturação das instituições do setor saúde em comum acordo com as necessidades de todo o povo.

Somente este processo, onde os grupos sociais se organizem e exijam sua representação junto à sociedade civil e ao Estado, é que poderá romper com o lucro no setor e com a exploração do trabalho assalariado da saúde, impondo novos determinantes.

É só com a conquista das liberdades democráticas, na qual o trabalhador participará da gestão da Previdência Social e das instituições prestadoras de serviços de saúde, através de suas entidades representativas e onde será conseguida a melhoria da prestação destes serviços e a simplificação da prática da saúde, é que o setor poderá cumprir o pequeno papel, porém não menos importante, na melhoria das condições de vida do povo trabalhador" (6).

(5) Id., *ibid* p.2

(6) MERHY, E. Democracia e saúde. *Saúde em Debate* (4): 7-13, 1977.

O raciocínio subjacente a esta colocação é de que a "participação comunitária" tem um caráter contributório à participação organizada mais ampla da população no seio da sociedade. E na mesma linha pode-se formular que a "participação comunitária" deve objetivar contribuir para que as necessidades de saúde, originadas nas condições de vida, sejam respondidas enquanto gerais e coletivas em lugar de específicas (de saúde) e individuais (não do indivíduo e sim de uma classe social).

O registro dessas concepções parece suficiente, ao menos para assinalar que a noção de "participação comunitária" só poderá ser refinada a partir da consideração das específicas situações sociais vivenciadas pelas categorias sociais a que os programas se destinem.

Pela exposição anterior pode-se perceber que as perspectivas da Medicina Comunitária encontram-se intimamente associadas à conjuntura sócio-política em que se insere e é levando em conta esta conjuntura que se deve elaborar propostas de estratégia de atuação no setor.

Portanto, a questão de que se deve partir talvez deva ser resumida da seguinte forma: que diretrizes devem balizar um trabalho de Medicina Comunitária de forma a dotá-lo de um novo sentido que procure viabilizar um compromisso com a população a que se dirige, dentro de uma perspectiva de mudança social.

A delimitação do problema é de natureza fundamentalmente política e o espaço de expansão das atividades estará balizado pelo estágio histórico em que se encontra a contradição entre as classes sociais fundamentais. Devido ao fato de os serviços de saúde comunitária serem implementados pelo Estado, a referida contradição pode ser analisada estrategicamente como oposição entre o Estado por um lado, e por outro as forças genuinamente populares e/ou outras que a elas se agreguem (uma fração de técnicos de saúde, por exemplo).

Atentando-se para a natureza do Estado, para as funções que historicamente desempenha, pode-se afirmar que as políti

cas por ele implantadas serão coerentes com a sua natureza. Tais políticas só se afastarão dos interesses imediatos das classes no poder por força de pressões políticas exercidas pelas classes subalternas. Mesmo neste caso o Estado estará procurando preservar o seu tipo macroestrutural histórico, o que significa dizer que os limites de contestação à natureza da organização societária possíveis dentro de uma instituição estatal não serão muito amplos. Além destes limites situa-se o campo da política "strictu sensu".

A correlação de forças no presente favorece amplamente àquelas dominantes. Estas forças encontram-se cristalizadas num Estado centralizador, autoritário e controlador que recentemente tem sido obrigado a incorporar pressões do polo oposto, incorporação que se manifesta pela concessão de medidas salariais, trabalhistas e mesmo algum abrandamento em sua função coercitiva. Por outro lado, tem-se observado um crescimento das forças populares que se evidenciam pelas renovações de diretorias sindicais, greves, movimentos populares como o do custo de vida, etc. São movimentos que aparentam grande vitalidade, o que permite supor que crescerão e levarão a desdobramentos. No atual momento histórico, entretanto, são ainda insuficientes para impor ao Estado grandes desvios da sua linha política e econômica.

A Medicina Comunitária, com perspectivas inovadoras deve se pautar, evidentemente, por diretrizes que supõe favorecer os anseios populares. Deve, por isso mesmo, balizar a sua atuação pelo quadro antes delineado de correlação de forças, atentando principalmente para o ritmo de crescimento das pressões populares organizadas, pois dado o seu caráter estatal, a Medicina Comunitária não poderá avançar a um nível superior àquele imposto ao Estado pelas oposições populares, sob pena de ter a experiência dissolvida.

Entretanto...., "ainda que represente um processo de acomodação no setor saúde capaz em princípio até mesmo de atuar como elemento de sustentação do modelo vigente na área, a Me

dicina Comunitária abre também um campo de possibilidades que devem ser localizadas, definidas e aproveitadas. Esse aproveitamento pode visar a obtenção de efeitos parciais imediatos na organização de serviços, tais como a efetiva extensão de cobertura, a racionalização dos serviços, o aumento de recursos humanos no setor. Neste caso, poder-se-ia mesmo declinar, pelo menos em um primeiro momento de certas dimensões da proposta original da Medicina Comunitária. Por outro lado, pode-se tentar também, através dessa abertura a busca de novas formas de articulação da prática de saúde na estrutura social. Para os que se colocam nesta posição, torna-se indispensável a tentativa de definir e instaurar a própria proposta de participação comunitária, encarada como via para uma nova forma de inserção dos serviços de saúde no movimento mais amplo das práticas sociais" (7).

Com base nesta argumentação e em outras antes desenvolvidas pode-se propor algumas idéias de natureza estratégica, diretrizes de uma linha de serviços. A idéia mais geral é de que os serviços deverão estar comprometidos com os anseios populares imediatos (necessidades de atenção à saúde, por exemplo) e mediatos (numa perspectiva de mudança social). Esta idéia deve constituir uma espécie de consciência dos serviços e se refletir em uma prática correspondente. Desta forma, o seu funcionamento deverá demonstrar um claro esforço de melhoria da atenção à saúde ao mesmo tempo que se compromete com movimentos sociais mais amplos que, ainda que mediatamente, caminham no sentido de mudanças estruturais.

Entretanto, este compromisso com movimentos sociais mais amplos está contido dentro de limites antes delineados (estágio da correlação de forças entre classes fundamentais, o fato de os serviços serem aparelhos de Estado, etc). Neste sentido convém atentar para o fato de a Medicina Comunitária ter apenas um caráter contributório em relação à organização da população em torno de seus problemas fundamentais.

(7) UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina. op.cit.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho pretendeu buscar alguns conhecimentos que pudessem permitir maior clareza na compreensão de uma experiência de Medicina Comunitária. Tais conhecimentos situam-se predominantemente nos aspectos orgânicos (relativamente permanentes) da estrutura social, pano de fundo sem o qual não se pode chegar a compreensão das questões conjunturais. A delimitação entre ambos os campos nem sempre é clara, exceto em situações polares, mas é sempre proveitoso tentar situar os fenômenos sociais em uma ou outra área e estabelecer as ligações entre elas.

Dar maior importância aos aspectos orgânicos, entretanto, não implica em negligenciar os conjunturais quando se tem por objetivo uma atuação prática. No caso de Londrina, a experiência examinada mais detalhadamente, por exemplo, muito dos obstáculos encontrados na realização do trabalho são de ordem puramente conjuntural. Talvez nem sempre tenham ficado claras as ligações entre as questões conjunturais e as orgânicas. Entretanto, mais importante que o estabelecimento dessas ligações é o esclarecimento do maior número de questões orgânicas relevantes para um trabalho prático para que seja aproveitada corretamente a conjuntura. É possível que oportunidades de se implantar ou conduzir corretamente um trabalho ocorram com maior frequência do que se imagina e que por vezes não sejam aproveitadas.

Tendo em vista as idéias expostas neste trabalho, especialmente as do capítulo anterior, e para que estas ganhem maior concretude, é de interesse listar algumas tarefas que parecem de particular relevância para o avanço das experiências em Medicina Comunitária na atual conjuntura. Elas não estarão ordenadas em sequência de prioridade.

1. Expansão da rede de serviços básicos (postos de saúde)

O cumprimento desta tarefa visa não só ampliar a cobertura e facilitar o acesso da população como também comprometer financeira, política e socialmente as instituições. Não se pode perder de vista que para provar à esfera política a eficácia do modelo é necessário uma massa crítica de unidades prestadoras de serviços.

Parece ser de interesse aproveitar eventuais reivindicações populares nesse sentido, de forma tal que o serviço já pos sua no seu início um certo comprometimento com a população da sua área de abrangência.

2. Elevação do padrão técnico de atendimento

Visa também ampliar a cobertura, mas como consequência da fixação da clientela através da prestação de serviços de boa qualidade. Relacionada com esta tarefa está a preocupação com o aperfeiçoamento dos cursos de formação de auxiliares, com a realização de cursos de reciclagem, com a melhoria da supervisão constante e com o desenvolvimento de investigações por toda a equipe. Uma linha de investigação que tenha na prestação de serviços o grande manancial de temas, pelo fato de estar em contacto sistemático com a realidade institucional e a realidade sócio-cultural dos usuários, deverá levar à crítica permanente de todos os aspectos dos serviços, e automaticamente à identificação dos seus desvios e distorções e necessidades de novas técnicas e novos comportamentos.

3. Criação de mecanismos de participação das várias instituições de saúde no funcionamento da rede de Atenção Primária, preservando-se a direção pelo Serviço de Medicina Comunitária.

Sem pretender atingir a "integração inter-institucional", que, mantidas as diretrizes da atual Política Nacional de Saúde, consubstancia-se numa proposta falaciosa, uma vez que os produtores de serviços de saúde não têm objetivos comuns mas

sim, frequentemente divergentes, trata-se no entanto de ativar mecanismos pelo menos de aproximação entre as instituições.

A "integração" com a maior instituição financiadora de serviços, a Previdência Social, que se pode almejar no momento é a transferência de recursos a serem administrados pelos órgãos de Saúde Pública, onde se localiza a Medicina Comunitária. Pode-se prever que tais recursos serão escassos, mencionados pela necessidade de o Estado sustentar o discurso igualitário quanto a atenção que presta aos setores público e privado. Discurso que tem por objetivo o ocultamento da verdadeira direção da política previdenciária que é de estímulo ao produtor privado de serviços. Em contrapartida, a Medicina Comunitária conta com a eficácia da racionalização para empregar tais recursos, que embora poucos quando comparados ao montante mobilizado pelo INAMPS, poderão ser significativos para os orçamentos menos dispendiosos da Medicina Comunitária.

Deve-se procurar também a compatibilização normativa com o INAMPS e FUNRURAL em algumas medidas burocráticas que permitam à clientela desobrigar-se de se utilizar da rede própria ou credenciada daquele Instituto e poder optar pelos serviços de Medicina Comunitária. Exemplos de medidas desta natureza são o reconhecimento pelo INAMPS (ou FUNRURAL) de atestados médicos emitidos pelos serviços de Medicina Comunitária para efeitos trabalhistas e aceitação, por parte do INAMPS, (ou FUNRURAL) de encaminhamentos a especialistas destas instituições sem que o doente tenha que passar por uma nova triagem.

Também com as Secretarias de Saúde dos governos estaduais deve-se manter entendimentos para fornecimento de parte do material de consumo, como medicamentos, impressos (p.ex. carteira de vacinação), vacinas, além do necessário credenciamento dos Postos para executar oficialmente o Programa Nacional de Imunizações.

Deve-se ressaltar mais uma vez que a participação de diversas instituições discutida neste ítem não supõe a direção colegiada dos serviços de Medicina Comunitária. Esta deve ser única e a cargo dos órgãos de saúde pública responsáveis pela Medicina Comunitária.

4. Criação de serviço próprio de nível secundário

Sem grandes inversões financeiras e despesas correntes de manutenção pode-se ampliar grandemente o nível de autonomia dos serviços de Medicina Comunitária com a criação de serviços de nível secundário, preferencialmente ambulatoriais (uma vez que unidades com pacientes internados já são bastante dispendiosas, ainda que simples).

Tais unidades poderiam comportar Pediatra, Clínico, Tocoginecologista e alguns serviços auxiliares de diagnóstico como laboratório clínico e Raio X, dimensionados de forma diferente em cada local, segundo parâmetros como localização geográfica, distância de unidades de saúde mais complexas, maior ou menor possibilidade de intercâmbio de pacientes com outros serviços mais complexos, complexidade e especificidade nosológica da demanda, dotação financeira, etc.

5. Democratização administrativa

Entende-se por democratização administrativa a progressiva ampliação do nível decisório e de controle. Com relação ao controle a proposta desta tarefa inclui a idéia de se criar, paralelamente ao controle vertical direcionado dos níveis superiores aos inferiores, um outro em sentido inverso: mecanismo de controle dos auxiliares sobre outros níveis.

Deve haver uma real preocupação e discussão dentro da equipe de saúde sobre as questões que se opõem à democratização-política de financiamento, de construção e equipagem hospitalar do FAS, critérios atuais de contratação de serviços do INAMPS, indústrias multinacionais de equipamentos e medicamentos, a re

de hospitalar privada, principalmente os complexos empresariais de serviços médico-hospitalares - para que esta tarefa não se confunda com a simples descentralização administrativa racionalizadora.

O efetivo cumprimento desta tarefa está na dependência do nível de consciência e organização dos próprios auxiliares de saúde. De parte do componente profissional de nível superior da equipe cabe apoiar as iniciativas que atentem para esse objetivo, como foi o caso do recente I Encontro Nacional de Auxiliares de Saúde, realizado em Londrina de 1 a 4 de novembro de 1978 e que possibilitou a discussão ampliada de questões básicas do trabalho.

6. Definição de objetivos políticos comuns

Trata-se do extravasamento do debate sobre política nacional de saúde, a inserção da atenção primária à saúde neste contexto, entendendo-se a sua função (fundamentalmente) política, o novo direcionamento que se pretende imprimir ao trabalho e a relação deste conjunto com a sociedade brasileira, dentro de uma perspectiva de mudança social. Este debate tem permanecido sob o monopólio da camada de profissionais de nível universitário envolvidos no trabalho. A sua ampliação para o restante da equipe é fundamental para a evolução dos serviços. Esta tarefa está intimamente vinculada à anterior e à seguinte e não será eficaz se estas não forem aplicadas.

7. Diminuição do caráter autoritário dos serviços como um passo para a "participação comunitária".

O relacionamento entre profissionais de saúde e cliente é, historicamente, do tipo autoritário.

A reformulação deste relacionamento, que deverá assumir um caráter de permanente exercício pedagógico é o primeiro passo para a aproximação dos serviços com a população, que passará a fazer dele uma nova representação.

Um relacionamento pedagógico, e não autoritário, cumprirá também a finalidade de expandir os conhecimentos sobre saúde de historicamente monopolizados pelos profissionais, especialmente o médico, dando oportunidade ao aumento do controle dos problemas de saúde pela população.

8. Execução de atividades externas coletivas como outro passo para a "participação comunitária".

Estas atividades referem-se ao contato com todas as organizações locais, tais como sociedades amigos de bairro, clubes de mães, associação de moradores, sindicatos, escolas, partidos políticos, associações de pais e mestres, realizando em conjunto a análise das condições, problemas e programas de saúde.

Estas atividades cumprirão os objetivos de devolver à população parte dos conhecimentos científicos que orientam o manejo de problemas de saúde e de ampliar o debate acerca da política nacional de saúde. Impõe-se então a articulação entre saúde e estrutura social na abordagem e discussões a esse nível, inclusive como meio de evitar a falsa imagem do Posto de Saúde perante a comunidade, qual seja, a de que este, criando alternativas médicas para problemas sociais, irá resolver todos os problemas.

Embora indissociáveis os aspectos técnicos e ideológicos do trabalho, as quatro primeiras tarefas ligam-se mais diretamente ao técnico, objetivando a criação e fixação de uma clientela e as quatro últimas ligam-se mais diretamente a reorientação ideológica dos serviços de saúde.

Por outro lado, na medida em que se pretende a expansão dos modelos de Atenção Primária à Saúde e de Regionalização, adquire importância um outro tipo de tarefa, de ação mais externa do que interna. Muito embora a reprodução de experiências locais de reorganização de serviços de saúde seja problemática, é viável um esforço de esclarecimento a algumas esferas administrativas sobre a conveniência de se implantar serviços locais de Medicina Comunitária.

Destas esferas administrativas, as municipais por vezes são receptivas a propostas renovadoras e contraditórias face ao modelo médico-hospitalar hegemônico.

São exemplos deste esforço para a difusão do modelo de Medicina Comunitária, a participação em Encontros Municipais de Saúde e contatos com o IBAM com vistas a sensibilizá-lo para o acompanhamento, apoio e avaliação do setor saúde municipal.

Estas referências são meramente indicativas, incapazes portanto, de dar conta da especificidade das situações sociais com as quais se defrontarão os profissionais orientados para este tipo de projeto, situações estas que necessariamente impõem distintas formas de práticas.

RESUMO

O presente trabalho é uma tentativa de responder a algumas questões teóricas e práticas colocadas pelas experiências de implantação de serviços de Medicina Comunitária no Brasil. A Medicina Comunitária pode ser considerada uma proposta e uma prática recortada da recente política nacional de saúde. Para o entendimento desta política de saúde recorreu-se à análise da evolução dos serviços de saúde no País. Tal análise procurou articular esta evolução com os contextos sócio-político-econômicos em que se desenvolveu, por entender estarem contidas a este nível as suas determinações fundamentais.

Para a verificação das condições em que os projetos de Medicina Comunitária vêm sendo implantados no Brasil procedeu-se ao exame de quatro programas em Medicina Comunitária: o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste), o Sistema Integrado de Saúde do Norte de Minas, o PPREPS (Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde) e a experiência desenvolvida em Londrina, Pr. A escolha dos três primeiros deveu-se à magnitude dos projetos, quer pela extensão da área que pretendem dar cobertura, quer pelo envolvimento institucional que comportam. A eleição do projeto de Londrina deveu-se ao envolvimento do autor com a experiência, principal fonte dos questionamentos motivadores do trabalho.

Com base nas análises precedentes procurou-se traçar um quadro que permitisse pensar as perspectivas dos projetos de Medicina Comunitária em implantação na Sociedade Brasileira.

SUMMARY

The present work is an effort to answer some theoretic and practical subjects set by experiences of services implantation of Communitarian Medicine in Brazil.

The Communitarian Medicine can be considered a proposition and a practice removed from the recent National Politic of health.

We have made use of an analyze of the health services evolution in the country to understand this politic.

Such analyze tried to articulate this evolution with the social-politic-economic contexts in wich it was developed because it is understood that their basic determinations are being repressed at this level.

An examination of four programs in Communitarian Medicine was done to check the conditions the projects of Communitarian Medicine have been established in Brazil: PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento Nordeste), Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde, the Sistema Integrado de Saúde do Norte de Minas, and the experience developed in Londrina - Paraná.

The choice of the first three was done by the magnitude of the projects, either by the area expansion they intend to cover, or by the institutional involvement they bear.

The election of Londrina project was due to the author involvement with the experience, the main reason for the work motivator questions.

Based on the precedent analyzes, it was tried to delineate a picture that allowed to weigh the perspectives of the Communitarian Medicine projects in implantation in Brazilian Society.

BIBLIOGRAFIA

01. ALMEIDA, M.J. *A organização de serviços de saúde a nível local: registros de uma experiência em processo.* Dissertação - Mestrado - Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1979.
02. AROUCA, A.S.S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.* Tese - Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1975.
03. BRAGA, J.C. *A questão de saúde no Brasil.* Dissertação Mestrado. Departamento de Economia e Planejamento da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1978.
04. BRASIL. Leis, Decretos, etc. Decreto nº 78.231 de 12 de agosto de 1976. Dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigilância epidemiológica e imunizações.* 2.ed. Brasília, 1977.
05. BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de interiorização das ações de saúde e saneamento no Nordeste.* s.n.t 38p.
06. _____ *Programa de preparação estratégica de pessoal de saúde.* Brasília, 1976.
07. BRASILEIRO, A.M., coord. *Municipalização: educação e saúde.* Rio de Janeiro, SEPLAN-Pr.; IBAM, 1977.
08. CAMARGO, C.P.F. et. alii *Crescimento e pobreza.* São Paulo, Loyola, 1976.
09. CARDOSO, F.H. *O modelo político brasileiro.* São Paulo, Difusão Europeia do Livro, 1972.
10. CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 19 e CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 1. *Política nacional de saúde.* São Paulo, 10 a 14 de outubro de 1977.
11. COSTA, J.C. *Pequena história da República.* 3.ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1974.

12. DONNANGELO, M.C.F. *Medicina e estrutura social: o campo de emergência da medicina comunitária*. Tese - Livre Docência - Faculdade de Medicina da USP. São Paulo, 1976.
13. _____ *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*, São Paulo, Pioneira, 1975.
14. FAUSTO, B. Populismo, capítulo encerrado. *Caderno de Debate*, São Paulo, (1):33, 1976.
15. FOUCAULT, M. *1a. Conferência realizada no Instituto de Medicina Social*. Rio de Janeiro, s.d. 17p (mimeogr).
16. FURTADO, C. *Análise do "modelo" brasileiro*. 3.ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1972.
17. GARCIA, J.C. *La articulacion de la medicina y de la educacion en la estructura social*. 58 p. (mimeogr).
18. GIOVANNI, G. Sobre a política de medicamentos. *Cadernos do CEBES*, Londrina (2), out. 1978.
19. GRAMSCI, A. *Maquiavel, a política e o estado moderno*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1978.
20. GUIMARÃES, R., org. *Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
21. GUITTI, J.C.S. *Condições nutricionais de crianças de zero a seis anos de idade na periferia da cidade de Londrina; influência da condição sócio-econômica*. Tese-Doutorado - Centro de Ciências da Saúde da UEL. Londrina, 1975.
22. HERRERA, J.C. *A planificação participante no desenvolvimento*. s.d. (mimeogr)
23. HIRSCH, J. Observações teóricas sobre o estado burguês e sua crise. In: POULANTZAS, N., org. *O Estado em crise*. Rio de Janeiro, Graal, 1977. p. 91.
24. IANNI, O. *O colapso do populismo no Brasil*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1968.
25. _____ *Estado e planejamento econômico no Brasil (1930-1970)* 2.ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1977.

26. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico do Paraná, 1970*. Rio de Janeiro, 1972.
27. INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL, Brasília, Resolução nº INPS-900 de 1.09.1975: *Projeto Londrina*. Brasília, 1976.
28. KOWARICK, L. *Estratégias de planejamento social no Brasil*. São Paulo, Brasiliense, 1976. (caderno CEBRAP,2).
29. LONDRINA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Planejamento. *Diagnóstico preliminar das favelas em Londrina*. Londrina, 1977 (mimeogr.)
30. LUZ, M.T. *As instituições médicas no Brasil: Instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
31. _____. *Políticas institucional de saúde (1960-1964): relatório parcial da pesquisa Instituições Médicas no Brasil (1960/1974)*. s.d. 50p. (mimeogr.)
32. MELLO, C.G. *Análise do Plano Nacional de Saúde*. ago. 1968. (mimeogr.)
33. _____. A formação do médico generalista e a medicina previdenciária. *Rev. Bras. Educ. Med.* (supl.1):67-80, 1978.
34. _____. Perspectivas da medicina da previdência social. *Rev. Paul. Med.*, 21(12):540-6, 1973.
35. MERHY, E. Democracia e saúde. *Saúde em Debate*, (4):7-13, 1977.
36. MONTEIRO, C.A. A desnutrição e o planejamento econômico-social. *Saúde em Debate*, (3):63, 1977.
37. NAKAGAWARA, Y. *Evolução e distribuição da população paranaense*. (No prelo).
38. _____. *As funções regionais de Londrina e sua área de influência*. Tese - Doutorado - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP. São Paulo, 1972.
39. OLIVEIRA, J.N. FUNDES vai administrar as verbas. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 08 de outubro de 1978. p.38

40. PACHECO, M.V.A. *Indústria farmacêutica e segurança nacional*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1968.
41. PEREIRA, A. O Brasil exporta de menos ou importa de mais? *Movimento*, (169): 13, 25 set. 1978.
42. PEREIRA, L. *Ensaio de sociologia do desenvolvimento*. 2.ed. São Paulo, Pioneira, 1975.
43. PEREIRA, L.C.B. Abertura democrática divide empresários. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 04 de setembro de 1977. p.48.
44. _____ *Desenvolvimento e crise no Brasil*. 7.ed. São Paulo, Brasiliense, 1977.
45. PORTO ALEGRE. Superintendência do desenvolvimento da Região Sul. *Plano diretor do eixo Londrina-Maringá: pré-diagnóstico*. Londrina, FUEL, 1978. (mimeogr.)
46. PRADO, Jr., C. *História econômica do Brasil*. 3.ed. São Paulo, Brasiliense, 1953.
47. QUADRA, A.A.F. & CORDEIRO, H.A. *Sistema nacional de saúde*. Rio de Janeiro, Universidade do Estado da Guanabara, 1976. 12 p.(mimeogr.)
48. RIBEIRO, A.C.T.; PICALUNGA, J.F.; COSTA, N.R. *Campanhas sanitárias e sua institucionalização: um estudo histórico da saúde pública no Brasil (texto provisório)* 47.p.(mimeograf.)
49. SANTOS, N.R. Aspectos da organização e implantação do PIASS: In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 29 e CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 1., São Paulo, outubro de 1977, 11p. (mimeogr.)
50. A SAÚDE e a medicina no Brasil: contribuição para um debate. In: REUNIÃO ANUAL DA SBPC, 29, São Paulo, 1977, 69p. (mimeogr.)
51. SINGER, P. *A crise do "milagre"*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.
52. _____ et alii *Prevenir e curar*. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1978.

53. SOARES, D.A. *Evolução do nível de saúde no município de Londrina, no período de 1960 a 1972*. Tese - Doutorado - Centro de Ciências da Saúde da UEL. Londrina, 1976.
54. TEOPHILO, F.V. Problemáticas dos serviços de saúde urbanos e rurais. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 29, São Paulo, outubro de 1977.
55. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina. *Relatório final do seminário sobre Medicina Comunitária e Ensino Médico*. São Paulo, 1977.
56. VIDAL, C.H. Medicina ecomunitária: nuevo enfoque de la medicina. *Educ. méd. salud*, 9 (1):11-46, 1975.
57. WEFFORT, F.C. Do anarquismo ao populismo. *Cadernos de Debate*, São Paulo, (1): 82, 1976.
58. _____ O populismo e a farsa. *Rev. isto É*, (137):16, 1979.