



Felipe Monte Cardoso

A SAÚDE ENTRE OS NEGÓCIOS E A QUESTÃO SOCIAL:

Privatização, Modernização e Segregação na Ditadura Civil-Militar (1964-
1985)

CAMPINAS

2013



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

FELIPE MONTE CARDOSO

A SAÚDE ENTRE OS NEGÓCIOS E A QUESTÃO SOCIAL:

Privatização, Modernização e Segregação na Ditadura Civil-Militar (1964-
1985)

ORIENTADOR: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO ALUNO FELIPE MONTE CARDOSO, ORIENTADO PELO PROF. DR. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS
Assinatura do orientador

CAMPINAS

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
MARISTELLA SOARES DOS SANTOS – CRB8/8402
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

M764s Monte-Cardoso, Felipe, 1981-
A saúde entre os negócios e a questão social :
privatização, modernização e segregação na ditadura
civil-militar (1964-1985) / Felipe Monte Cardoso. --
Campinas, SP : [s.n.], 2013.

Orientador : Gastão Wagner de Sousa Campos.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Sistemas de saúde. 2. Privatização. 3.
Previdência social. I. Campos, Gastão Wagner de
Sousa, 1952-. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em Inglês: Health amid business and the social question : privatization, modernization and segregation in civil-military dictatorship.

Palavras-chave em Inglês:

Health systems

Privatization

Social security

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Títuloção: Mestre em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Gastão Wagner de Sousa Campos [Orientador]

Ligia Bahia

Plínio Soares de Arruda Sampaio Júnior

Data da defesa: 27-02-2013

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

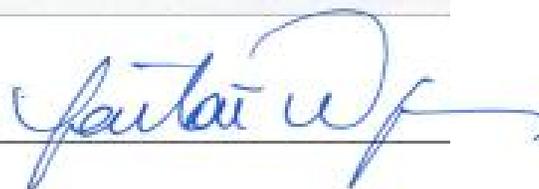
BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

FELIPE MONTE CARDOSO

Orientador (a) PROF(A). DR(A). GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS



2. PROF(A). DR(A). LIGIA BAHIA



3. PROF(A). DR(A). PLINIO SOARES DE ARRUDA SAMPAIO JÚNIOR



Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 27 de fevereiro de 2013

“Cantamos porque los sobrevivientes y nuestros muertos quieren que cantemos”

Mario Benedetti

Dedicado à memória:

de meu avô Monte, que cedo me ensinou que o conhecimento deve servir ao ser humano,
e de Antônio Carlos Nogueira Cabral, Antônio Teodoro de Castro, Aurora Maria Nascimento Furtado, Chael Charles Schreier, Elmo Corrêa, Enrique Ernesto Ruggia, Gelson Reicher, Hiroaki Torigoi, Iara Iavelberg, Idalísio Soares Aranha Filho, João Carlos Haas Sobrinho, João Roberto Borges de Souza, José Aprígio de Paula, Lúcia Maria de Sousa, Luis Paulo Cruz Nunes, Luiz René Silveira e Silva, Luíza Augusta Garlippe, Manoel Lisboa de Moura, Marilene Vilas-Boas Pinto, Ranúsia Alves Rodrigues e Umberto Albuquerque Câmara Neto, estudantes e profissionais de saúde mortos e desaparecidos devido à ação repressiva da ditadura.

Agradecimentos:

A meus pais, por tudo.

Aos irmãos: Artur, pela sistemática; Daniel, pelas inquietações.

À Gláucia, pelo carinho.

À Thalita, pela revisão cuidadosa.

Aos professores membros da banca, pelos ensinamentos e considerações críticas: Gastão, orientador, pela generosidade e por me guiar pelo mundo da saúde coletiva; Nelsão, pela oportunidade de convívio e pela história; Lígia, pelas conversas e pela literatura indicada; Plínio, pela divulgação do pensamento da Revolução Brasileira.

Aos colegas do Programa de Saúde da Família da Unicamp, pela compreensão, pelo companheirismo e pela solidariedade.

Aos colegas professores, funcionários e estudantes da Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pelo convívio e pelas discussões.

Aos residentes e alunos, pelo tanto que aprendi.

Aos companheiros de luta, por repartir tantos sonhos e co-orientar esta pesquisa.

Como de praxe, nenhum dos acima citados tem responsabilidade pelos defeitos desta obra, que recaem sobre o pesquisador.

RESUMO

Dentre os impasses vividos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), discutem-se atualmente questões relativas à privatização da gestão e da assistência, ao subfinanciamento, à separação entre ações de saúde curativa e de saúde preventiva e às profundas assimetrias sociais no acesso aos bens de saúde. Este estudo busca colocá-las em perspectiva histórica, ao analisar a formação do modo de produção de saúde durante a ditadura civil-militar de 1964 a 1985. Para tanto, se buscará compreender o problema da saúde nos marcos da questão social dentro do processo de *formação* histórica da sociedade brasileira a partir de revisão bibliográfica. O debate sobre a formação compreende o Brasil como uma sociedade capitalista dependente, caracterizada por uma dupla articulação que combina subordinação externa e segregação social, e advoga a necessidade histórica da superação deste padrão. Durante a ditadura, a lógica dos negócios como estruturante da política de saúde e a modernização dos padrões de consumo no setor foram aspectos estimulados pelo regime, reproduzindo o caráter segregador da saúde no Brasil. Com relação ao primeiro aspecto, a unificação do aparelho previdenciário favoreceu o aprofundamento do modelo de privatização, através do estímulo ao setor privado contratado, bem como aos convênios firmados com empresas, e incentivo estatal para construir e equipar hospitais privados para servir ao sistema previdenciário. O caráter dispendioso do modelo, o uso do fundo previdenciário para outros fins (grandes projetos de infraestrutura) e o acúmulo de casos de corrupção contribuiu para agravar a crise financeira da Previdência Social de fins da década de 1970. Os serviços de saúde previdenciários passaram por um processo de integração aos demais serviços do sistema público como forma de superar a crise, sem, no entanto, transformar o caráter segmentado, lucrativo, privatista e heterogêneo do sistema de saúde. Com relação ao segundo aspecto, a chegada das empresas transnacionais farmacêuticas e de equipamentos e insumos ao Brasil, potencializada pelo regime ditatorial, transformaram as práticas de saúde, aprofundando em escala inédita o trabalho centrado no médico e em procedimentos com alto grau de incorporação tecnológica e dissociados da realidade sanitária brasileira. Estas transformações, afinadas com a expansão do modelo previdenciário privatista, baseadas no mimetismo cultural dos países centrais, terminaram por agravar a dependência brasileira dos produtos das transnacionais, bem como as distorções geradas por este modelo. A crise dos anos 70 e 80 explicitou estas contradições e acelerou a maturação dos movimentos de contestação ao regime e ao modelo de saúde brasileiro, que se aglutinaram em torno da necessidade de uma *Reforma Sanitária*. Estes movimentos questionaram as bases das práticas sanitárias vigentes e propôs uma estratégia de mudança do setor centrada em reformas do aparelho de Estado apoiadas pela pressão popular. No entanto, a *transição pelo alto* que caracterizou

o fim da ditadura representou a manutenção do monopólio de poder político nas mãos da burguesia dependente, sob a tutela dos organismos financeiros internacionais e em vigência de mais um ciclo de privatização da assistência à saúde, comprometendo o caráter profundamente transformador e democrático das proposições reformistas.

Palavras-Chave: Sistemas de Saúde; Privatização; Previdência Social

ABSTRACT

Among the dilemmas experienced by the Brazilian Unified Health System (SUS), current issues are related to the privatization of management and assistance, the underfunding, the separation between health actions curative and preventive health and the profound social inequalities in access to health goods. This study tries to put them in historical perspective, to analyze the formation of the health production mode during the civil-military dictatorship (1964 to 1985). To do so, it will be tried to understand the health problem in the framework of social issues within the historical process of the Brazilian society formation from a literature review. The debate over the formation comprises Brazil as a dependent capitalist society, characterized by a double articulation that combines external subordination and social segregation, and advocates the necessity of overcoming this historical pattern. During the dictatorship, the business logic structuring of health policy and modernization of consumption patterns in the sector aspects were encouraged by the regime, reproducing the segregated character of healthcare in Brazil. Regarding the first aspect, the unification of the social security favored deepening of the privatization model, by encouraging the private sector contractor, as well as agreements with companies and state incentives to build and equip hospitals to serve the social security health system. The expensive nature of the model, the use of social security fund for other purposes (such as large infrastructure projects) and the accumulation of corruption gates contributed to aggravating the late 1970s' financial crisis of Social Security. Health services went through a process of integration with other services in the public system as a way to overcome the crisis, without, however, transforming the segregated, profitable, privatized and heterogeneous character of the health system. Regarding the second aspect, the arrival of transnational corporations (pharmaceutical and medical equipment and supplies) to Brazil, boosted by the dictatorial regime, transformed health practices, deepening in an unprecedented scale work focused on medical procedures and with a high degree of technological incorporation disassociated from reality of Brazilian health needs. These transformations, in tune with the expansion of privatizing social security model, based on cultural mimicry of central countries, ended up aggravating the dependency of Brazilian products of transnational as well as the distortions generated by this model. The crisis of the 70's and 80 made these contradictions explicit and accelerated maturation of movements against the regime and Brazilian health model, which coalesced around the need for health reform. This movement questioned the basis of the existing sanitary practices and proposed a strategy for change in the sector based on reforms of the state apparatus supported by popular pressure. However, the "transition from above" that characterized the end of the dictatorship represented maintaining the

monopoly of political power in the hands of the dependent bourgeoisie, under the tutelage of international financial organizations and in the presence of another cycle of health care privatization, compromising the profoundly transformative and democratic character of the reformists' propositions.

Key Words: Health Systems; Privatization; Social Security

SUMÁRIO

	Pg.
RESUMO	IX
ABSTRACT	XI
INTRODUÇÃO	17
PARTE I: CAPITALISMO DEPENDENTE BRASILEIRO	25
CAPÍTULO 1: CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO	29
1.1 Materialismo Histórico: o método da totalidade	31
1.2 A Problemática da Formação	33
1.3 A Questão Social e as necessidades históricas	38
1.4 A saúde: especificidade deste trabalho	41
CAPÍTULO 2 CAPITALISMO DEPENDENTE E A DITADURA DE 1964	45
2.1 A revolução burguesa no Brasil como cristalização da dupla articulação	50
2.2 O capitalismo dependente	51
2.3 O desfecho da revolução burguesa no Brasil sob o Imperialismo Total	55
2.4 A ditadura no capitalismo dependente – traços gerais	57
2.4.1 A lógica dos negócios	57
2.4.2. Modernização dos padrões de consumo	60
2.4.3 Desenvolvimento desigual e combinado	62
2.5 Questão social na ditadura e a lógica da mitigação	64
2.6 Síntese	68
PARTE II: DITADURA E SAÚDE	73
CAPÍTULO 3: ANTECEDENTES DA LUTA PELA REFORMA DA SAÚDE	77
3.1 Do Império a JK	79
3.2 O reformismo da saúde pré-1964	84
CAPÍTULO 4: ASPECTOS GERAIS DA SITUAÇÃO DE SAÚDE NO BRASIL	89

CAPÍTULO 5: A CONTRARREFORMA DA DITADURA	95
5.1 O sentido geral	97
5.2 A assistência previdenciária à saúde e a institucionalização da lógica dos negócios	100
5.2.1 1964 – 1974 Formação, consolidação e institucionalização do modelo de negócios	103
5.2.1.1 O Processo de centralização da Previdência	103
5.2.1.2 Os setores em conflito	107
5.2.1.3 A privatização e expansão das formas assistenciais	111
5.2.1.3.1 O setor contratado	112
5.2.1.3.2 O setor conveniado	113
5.2.1.4 Balanço do Período	115
5.2.2 1974 – 1979 Crise do milagre e aprofundamento do modelo	116
5.2.2.1 II PND e a saúde	117
5.2.2.2 Aprofundamento do modelo e crise	121
5.2.3 1979 – 1985 Crise e esboços de reforma	125
5.3 Modernização dos padrões de consumo	140
5.3.1 O sentido geral	140
5.3.2 A indústria farmacêutica	142
5.3.3 A indústria de equipamentos	149
5.3.4 Uma discussão de caso sobre saúde e modernização: mortalidade infantil, aleitamento artificial e imunização contra poliomielite	154
CAPÍTULO 6: RETORNO DO REFORMISMO: APONTAMENTOS BREVES SOBRE A REFORMA SANITÁRIA	161
6.1 Origens e articulação	164
6.2 Propostas e Projeto	167
6.3 Balanço: entre a ordem e a superação da ordem	170
PARTE III: CONSIDERAÇÕES FINAIS	175
CAPÍTULO 7: PERSPECTIVAS DA SAÚDE NA “NOVA REPÚBLICA”	177

BIBLIOGRAFIA	191
ANEXO I - Lista de Siglas	203
ANEXO II - Lista de Tabelas	207

INTRODUÇÃO

“Me-ti dijo: El pensamiento es algo que sigue a las dificultades y precede a la acción”

Bertolt Brecht - Me-ti: El libro de las mutaciones

Os primeiros anos da década de 10 reafirmam, talvez de modo ainda mais claro, o caráter crítico da questão da saúde no Brasil. Após anos de luta pelo direito à saúde, grandes modificações institucionais e franca hegemonia de governos que, ao menos no campo discursivo, se assumem como defensores do Sistema Único de Saúde, a realidade insiste em divergir de qualquer balanço triunfalista do período pós 1988. Se de fato a Carta Magna consolidou um avanço legal significativo – e mesmo inédito em nosso país –, a permanência de bloqueios estruturais à consolidação da saúde como direito de todos e todas recoloca, a cada momento, a necessidade de conhecer estes elementos e aprofundar este debate com o conjunto da academia e dos militantes da saúde.

De um lado, o financiamento necessário para garantir que o Sistema Único de Saúde (SUS) funcione de fato de acordo com seus princípios ainda está por ocorrer. A regulamentação da EC-29, que deveria garantir fontes suficientes e estáveis de recursos, representou, na prática, a manutenção dos atuais patamares de subfinanciamento, corroborando os princípios fiscais restritivos – para os direitos sociais, mas pródigos com o pagamento da caríssima dívida pública – característicos da política econômica, que perdura desde os anos 90.

De outro lado, a privatização da saúde avança, comprovada pela superação do gasto estatal pelo gasto privado em saúde desde 2006. Enormes organizações privadas supostamente sem fins lucrativos proliferam Brasil afora, e, sob a alcunha de Organizações Sociais, chanceladas por governos municipais, estaduais e federal, abocanham frações cada vez maiores do orçamento do SUS. Além disso, novas modalidades de privatização, desde um modelo “misto” como a Fundação Estatal de Direito Privado até as abertamente empresariais Parcerias Público-Privadas e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, expressam um entendimento consensual dos dirigentes do Estado brasileiro no que diz respeito à inviabilidade da gestão pública em garantir o direito à assistência à saúde.

Outra evidência a este respeito é a proliferação das diversas modalidades de assistência privada à saúde, que ganharam força, na última década. A Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) de 2008 constatou que 26,3% dos brasileiros eram cobertos por planos de saúde, embora este percentual possa ser maior (1). O sucesso empresarial de grupos como Amil, Dasa, Fleury e Odontoprev, todas com valor de mercado superior a R\$ 1 bilhão, e o fato de a saúde privada ser um dos objetos mais desejados da cesta de consumo da chamada “nova classe média” completam este breve sobrevoo sobre o

status do direito à saúde neste começo de década.

A situação de saúde, porém, não autoriza alvíssaras. De acordo com dados da Organização Pan-americana de Saúde (2), a expectativa de vida brasileira (2011) só é maior que de El Salvador, Nicarágua, Guiana, Bolívia, Haiti, Jamaica, Trinidad e Tobago e Suriname; Nossa mortalidade infantil (2009) é o dobro da mexicana e da argentina, mais do que o triplo da chilena e quatro vezes a cubana, além de ser maior que da Colômbia, Guiana, Panamá e Suriname; A incidência de tuberculose (2008) é maior que a da Argentina, México, Colômbia, Venezuela e Equador; A taxa de mortalidade por homicídios em 2009 (30,5 por 100 mil) é sete vezes a argentina e superior à de Paraguai, México e Equador¹.

Segundo a PNAD 2009 (3), três em cada 10 domicílios brasileiros vivem em situação de insegurança alimentar, mesmo sendo o combate à fome um dos pilares da política social do último governo. O uso indiscriminado de agrotóxicos no Brasil, que representa 20% do mercado mundial para o setor, já contamina pelo menos 37% de amostra testada pela ANVISA, e está relacionado, entre outros danos, a uma epidemia de suicídios nas áreas do agronegócio (4).

Por outro lado, temos uma das maiores políticas de saúde do mundo. A legislação brasileira para o setor, incluída dentre as mais progressistas que já houve, insiste em garantir o direito à saúde a qualquer ser humano que viva no – ou esteja de passagem pelo – Brasil. Estudo recentemente publicado em prestigiosa revista científica mostrou ao mundo os êxitos de nossa política de saúde: o Programa Nacional de Imunização, a ampliação dos serviços de saúde – em especial de atenção básica e ambulatorios de especialidades, o Programa de AIDS, entre outros, são um atestado de que o Brasil assistiu, ao menos desde a década de 90, a importantes mudanças neste campo (5).

Como explicar, então, este paradoxo? A 7ª maior economia mundial apresenta indicadores de saúde não compatíveis com o discurso oficial de que o país passa por profundas transformações. Do contrário, reiteradas pesquisas atestam que o sentimento popular de que a saúde é, de longe, sua maior preocupação². As recorrentes cenas de enormes filas e desespero de usuários e trabalhadores frente à impossibilidade de prover atenção para quem por ela demanda remetem a um passado que parece distante.

As efemérides abrem oportunidades para realizar uma visão retrospectiva de nossas grandes

¹Dados acessados em http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2470&Itemid=2003

²Para 37% dos brasileiros, é sua principal preocupação. Ocupa o primeiro lugar, à frente de segurança pública (16%) e educação (11%). Fonte: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22969:saude-lidera-preocupacoes-da-populacao-brasileira&catid=3

questões históricas. No ano de 2013 comemora-se o 25º aniversário da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), junto com a Constituição de 1988. Esta data pode servir de mote para fazer um balanço dos fundamentos do direito à saúde em nosso país, em especial no que diz respeito à assistência à saúde e sua articulação com os demais componentes deste direito.

A criação do SUS veio no bojo de um processo político de oposição aberta à ditadura civil-militar inaugurada em 1964. Um grande processo de mobilização social, que incluía o surgimento do chamado “novo sindicalismo”, representado pela fundação da Central Única dos Trabalhadores (CUT), em 1983, e a luta pela reforma agrária, simbolizada pela fundação do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), em 1984.

No caso da saúde, o fim da década de 70 e princípios de 80 presenciaram o afloramento de uma profunda crise do sistema de atenção à saúde (6), bem como de diversos movimentos – movimento da Reforma Sanitária, Movimento Popular de Saúde, Movimento Médico, entre outros (7, 8, 9) que confluíram em torno da luta pelo “direito à saúde”, sintetizada de maneira clara no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde: “Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (10).

Assim, o processo político que deu origem ao SUS questionava o conjunto dos determinantes sociais da saúde que vinham do Brasil dos generais e do grande capital. Dentro desta compreensão havia uma profunda crítica ao modelo de atenção à saúde no Brasil do regime de 1964, caracterizada por Mendes (11) como “modelo médico assistencial privatista”. A avaliação geral de que este modelo era um dos entraves à generalização do acesso aos serviços de saúde foi uma das pontas de lança das proposições de um novo modelo de sistema de saúde nacional. Este autor ainda aponta que, nos anos 80, em pleno processo político de conformação de uma reforma no setor de saúde, houve uma mudança de modelo: de médico-assistencial privatista para modelo neoliberal, ambos de cunho privatista. Em outros termos, a totalidade das práticas de saúde delineava um *modo de produção neoliberal de saúde*, resultante da combinação de diversas modalidades assistenciais, regimes de organização do processo de trabalho, vínculos empregatícios e de propriedade dos meios de produção (12). De acordo com Campos (13):

(...) também no campo da saúde as transformações ensejadas pelos governos da Nova República são restritas aos limites dados pelo bloco que hegemoniza este processo de transição. Assim, são restritas à necessidade de se modernizar a estrutura administrativa

do sistema de saúde permitindo tanto o acesso universal à assistência médico-sanitária dentro de um novo padrão de racionalidade contábil, como o desenvolvimento de um moderno e dinâmico setor capitalista de prática médico-hospitalar.

Estes vaticínios encontram-se hoje levados a um paroxismo. O aprofundamento dos laços entre o setor privado e o setor público, com clara hegemonia do primeiro, é apontado por diversos autores como um entrave à plena constituição do SUS como garantidor do acesso aos serviços de saúde ao conjunto da população no momento atual (14, 15, 16). A persistência das mesmas questões presentes no debate de crítica ao sistema de saúde da ditadura na atualidade dá, de certa maneira, a medida da frustração das perspectivas de fins de 70 e princípios de 1980. Segundo Bahia (17):

As proposições derivadas de uma compreensão sobre saúde (...) impregnaram a agenda governamental, especialmente a de setores da área econômica: As dicotomias entre individual e coletivo, prevenção e cura, foram circunscritas às fontes de financiamento: o SUS 'coletivo' para 'aqueles que não podem pagar' e necessitam de ações básicas de prevenção; a assistência médica 'individual' para os integrados no mercado de trabalho (PP. 409-410).

Os constrangimentos ao financiamento levam Santos (18) a afirmar que “o financiamento do SUS é ineficiente, a ponto não somente de impedir a implementação progressiva e incremental do sistema, como principalmente de avançar na reestruturação do modelo e procedimentos de gestão, em função de cumprimento dos princípios constitucionais (p. 14)”.

Estas constatações inquietam e animam esta pesquisa. Com disposição inicial de compreender as dificuldades atuais de nosso sistema de saúde, os estudos rapidamente situaram as origens de seus impasses no modelo criado pela ditadura instaurada em 1964. Já durante este período, um dos precursores do pensamento da Reforma Sanitária Brasileira, Carlos Gentile de Mello (19) criticava a epidemia de cesarianas, a privatização da assistência, a incorporação acrítica de tecnologias importadas (em especial de medicamentos e equipamentos), o “esquecimento” oficial de condições como malária e doença de Chagas e preconizava uma profunda mudança nos quadros da questão da saúde brasileira.

De certa forma, esta dissociação entre política pública e as grandes questões nacionais é característica da questão da saúde desde o 2º pós-guerra, ganhando maiores contornos a partir do regime de 1964. A centralização do aparelho previdenciário, peça-chave na política de atenção individual à saúde, em 1967, marca uma mudança de qualidade na expansão do modelo. De outro lado, o regime ditatorial desprezou as enfermidades mais ligadas à pobreza, estrangulando seu orçamento exatamente no período do “milagre econômico”, que preparou terreno para grandes epidemias. Por fim, a entrada

das grandes empresas transacionais farmacêuticas e de equipamentos moldou o caminho a ser trilhado pela saúde brasileira nos anos seguintes. Antevendo estas tendências, Gentile de Mello (19) já advertia, em 1964:

A assistência médica é um dos instrumentos de que a sociedade atual lança mão com o objetivo de promover a saúde. A amplitude dos programas de assistência médica, antes de estar condicionada às necessidades, depende das possibilidades. Desacompanhada de medidas que promovam o desenvolvimento, a assistência médica não só perde eficácia, como pode comprometer o nível de vida da população. Os padrões de saúde da coletividade só se elevam em escala significativa na medida em que se processa o desenvolvimento econômico (p. 48).

A ideia de *desenvolvimento*, central na concepção de saúde de Carlos Gentile de Mello, foi fundamental para sua geração. Homens como Josué de Castro, Hélio Jaguaribe, Nelson Werneck Sodré e muitos outros foram intelectuais que “pensaram o Brasil” nos termos de superação das arcaicas estruturas econômicas e sociais que separariam nossa incipiente nação em formação das suas maiores aspirações. A impressionante industrialização brasileira, a rapidez do processo de urbanização e a persistência das mazelas, aparentemente *a despeito* das primeiras, eram questões vivas para todos e todas que conviveram com a criação da Petrobrás, o suicídio de Vargas e o golpe de 64. Pensar a problemática do desenvolvimento, para Sampaio Júnior (20), é, sobretudo, entender “a luta do homem pelo domínio do seu próprio destino”.

Neste quadro, se irá trabalhar com as ideias de Caio Prado Júnior, Florestan Fernandes e Celso Furtado, teóricos que buscaram, com distintas abordagens, compreender os condicionantes do *desenvolvimento nacional*, termo presente tanto no vocabulário da esquerda comunista como da autocracia militar-civil de 1964. Estes pensadores, no entanto, passam ao largo de fraseologias. Segundo Sampaio Júnior (20), seu denominador comum é pensar em um processo histórico e social de *formação nacional* capaz de conciliar desenvolvimento econômico, democracia e soberania nacional.

Este trabalho busca compreender a questão da *saúde* como parte da *questão* social nos marcos do *capitalismo dependente* e do *subdesenvolvimento* brasileiros, de acordo com a problemática da formação da sociedade nacional. Neste caso, como em todos os outros, a memória viva da história fornece as explicações sobre o presente e aponta os caminhos do futuro. As premissas aqui trabalhadas apoiam-se, sinteticamente, na leitura de que a ditadura civil-militar do grande capital aprofundou e cristalizou as características antissociais, antidemocráticas e antinacionais do capitalismo brasileiro, tornando-o incompatível com a edificação de um Estado de Bem-Estar Social nos moldes do ocorrido nos países capitalistas centrais durante a chamada “era dourada” (terceiro quartel do século XX).

A pesquisa consistiu em uma revisão bibliográfica focada na formação do sistema de saúde brasileiro no período da ditadura de 1964, tendo como eixos de análise dois aspectos: a modernização dos padrões de consumo de bens de saúde e a formação de um sistema de atenção à saúde e de saúde pública. Na medida da necessidade, foram consultadas as bases de dados e documentos oficiais, cotejadas com depoimentos publicados, obras seminais do campo da Saúde Coletiva e dados referentes à situação de saúde brasileira.

O trabalho tem sete capítulos agrupados em três partes. Na primeira parte, buscou-se apresentar o referencial teórico adotado, inspirado no *materialismo histórico*, mas tendo como núcleo central a exposição de uma síntese sobre o processo histórico brasileiro. Sendo assim, o primeiro capítulo apresenta as considerações metodológicas adotadas, em que se discutem os condicionantes gerais da sociedade capitalista, a particularidade da formação brasileira com parte periférica daquela, a problemática da questão social e, por fim, a saúde como parte desta. O segundo capítulo busca sintetizar o pano fundo histórico do período da ditadura, apresentando este momento como a *consolidação do capitalismo dependente no Brasil*, enfatizando a centralidade dos negócios, da modernização dos padrões de consumo e da cristalização de um regime de segregação social.

Da segunda parte constam quatro capítulos: o terceiro, em que são apresentados os antecedentes da formação de um sistema nacional de saúde até 1964; o quarto, em que há uma síntese do quadro sanitário do Brasil no período; o quinto, em que se procura compreender o aparente paradoxo representado pela expansão do sistema de atenção à saúde nos quadros do regime autocrático, marcado pela perpetuação e aprofundamento da lógica de negócios, bem como o padrão de modernização do consumo de bens de saúde desenvolvidos e aprofundados durante o regime; O sexto apresenta um balanço esboçado sobre o movimento reformista que emergiu a partir da década de 1970. A terceira parte engloba o sétimo capítulo que apresenta as conclusões da pesquisa e aponta as perspectivas da saúde na “Nova República”.

PARTE I

CAPITALISMO DEPENDENTE BRASILEIRO

*O malandro/Na dureza/Senta à mesa/Do café/Bebe um gole/De cachaça/Acha graça/E dá no pé
O garçom/No prejuízo/Sem sorriso/Sem freguês/De passagem/Pela caixa/Dá uma baixa/No português
O galego/Acha estranho/Que o seu ganho/Tá um horror/Pega o lápis/Soma os canos/Passa os danos/ Pro
distribuidor
Mas o frete/Vê que ao todo/Há engodo/Nos papéis/E pra cima/Do alambique/Dá um trambique/De cem mil
réis
O usineiro/Nessa luta/Grita (ponte que partiu) /Não é idiota/Trunca a nota/Lesa o Banco/Do Brasil
Nosso banco/Tá cotado/No mercado/Exterior/Então taxa/A cachaça/A um preço/Assustador
Mas os ianques/Com seus tanques/Têm bem mais o/Que fazer/E proibem/Os soldados/ Aliados/De beber
A cachaça/Tá parada/Rejeitada/No barril/O alambique/Tem chique/Contra o Banco/Do Brasil
O usineiro/Faz barulho/Com orgulho/De produtor/Mas a sua/Raiva cega/Descarrega/No carregador
Este chega/Pro galego/Nega arrego/Cobra mais/A cachaça/Tá de graça/Mas o frete/Como é que faz?
O galego/Tá apertado/Pro seu lado/Não tá bom/Então deixa/Congelada/A mesada/Do garçom
O garçom vê/Um malandro/Sai gritando/Pega ladrão/E o malandro/Autuado/É julgado e condenado
culpado
Pela situação*

O Malandro (Chico Buarque)

Esta parte, composta pelos capítulos 1 e 2, busca estabelecer bases teóricas e históricas para estabelecer os nexos entre o movimento histórico da sociedade brasileira nos anos de 1964-1985 e o movimento particular da questão da saúde durante o mesmo período. O eixo do primeiro capítulo é apresentar os determinantes gerais da particularidade brasileira dentro do sistema capitalista internacional – isto é, a de ser um capitalismo dependente de origem colonial – e como a questão social na sociedade brasileira é marcada pelo regime de segregação social característico do Brasil. O capítulo é concluído com a exposição dos elementos gerais que delimitam como se trabalhará aqui com a questão da saúde.

O segundo capítulo procura expor o sentido geral do capitalismo dependente e do subdesenvolvimento, bem como os aspectos a serem enfatizados – lógica dos negócios, modernização dos padrões de consumo e desenvolvimento desigual e combinado – ao longo do trabalho. Além disso, busca expor o quadro geral da questão social – trabalho, moradia, previdência, educação – nos marcos da autocracia de 1º de abril. Por fim, elabora uma breve síntese da incompatibilidade entre capitalismo dependente e bem estar social.

CAPÍTULO 1: CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO

1.1 Materialismo Histórico: o método da totalidade

Este trabalho sofre as influências dos pressupostos da corrente teórica inaugurada por Karl Marx e Friedrich Engels, cujos primeiros conceitos foram delineados mais claramente a partir da obra inacabada e publicada postumamente sob o nome de “Ideologia Alemã”. Neste conjunto de rascunhos, o *materialismo histórico* aparece como um método de análise da realidade humana, a partir de sua evolução histórica concreta. Esta formulação é sinteticamente exposta quando Marx e Engels (21) afirmam que “o primeiro ato histórico é, pois, a produção para a satisfação destas necessidades [materiais], a produção da própria vida material, e este é, sem dúvida, um ato histórico, uma condição fundamental de toda a história, que ainda hoje, como há milênios, tem de ser cumprida diariamente, a cada hora” (p.21). Neste sentido, a compreensão dos dinamismos da sociedade humana precisa partir, necessariamente para estes autores, da compreensão da história humana; mais precisamente da forma como cada sociedade, nos diversos momentos históricos, organiza a produção de sua vida material. Segundo Marx (22), sendo este o nexos fundamental da existência social humana, ela somente pode ser apreendida no seu conjunto – isto é, na sua *totalidade*:

[...] na produção social da própria vida, os homens contraem relações determinadas, necessárias e independentes de sua vontade, relações de produção estas que correspondem uma etapa determinada de desenvolvimento de suas forças produtivas materiais. A totalidade dessas relações de produção forma a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se levanta uma superestrutura jurídica e política, e à qual correspondem as formas sociais determinadas de consciência. O modo de produção da vida material condiciona o processo geral de vida social, político, espiritual. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser, mas, ao contrário, é seu ser social que determina sua consciência (p. 25).

Esta perspectiva, ao contrário do que prega o marxismo vulgar e a crítica vulgar do marxismo, não é uma espécie de *determinismo* econômico. Textos do próprio Marx (22, 23) expõem como há “relação desigual do desenvolvimento da produção material, face à produção artística”, autonomia do político frente ao econômico, em especial em momentos de crise. Segundo Boron (24),

[...] o que distingue o marxismo de outras correntes teóricas nas ciências sociais não é a primazia dos fatores econômicos – um autêntico barbarismo, segundo

Marx e Engels -, mas sim o ponto de vista da totalidade, ou seja, a capacidade da teoria de reproduzir na abstração do pensamento o conjunto complexo e sempre cambiante de determinações que produzem a vida social (pp. 317 – 318).

Assim, o que dá sentido à apreensão da totalidade da vida social, para o materialismo histórico, é o movimento – especificamente, o movimento da história. Segundo Bottomore (25), “a concepção que Marx possuía do materialismo histórico teoriza o desenvolvimento social a partir do ponto de vista totalizante de uma história mundial, que surge das determinações objetivas dos processos materiais e interpessoais”. É somente com o desenvolvimento da sociedade burguesa, com a formação do mercado mundial subordinado à consolidação do modo de produção capitalista, que se pode falar realmente em “história mundial” (21).

Outro aspecto fundamental do materialismo histórico foi a assimilação crítica da *dialética*, pilar metodológico da tradição com a qual Marx e Engels polemizam, o idealismo alemão inspirado em Georg Hegel. O caráter crítico daquela elaboração decorria da “inversão” do ponto de vista hegeliano, para o qual a “Ideia” era o motor da história. A aplicação do método dialético à compreensão da história humana a partir de um ponto de vista materialista é a essência do materialismo histórico. Marx (22) expõe da seguinte maneira sua síntese, na qual critica Hegel:

O concreto é concreto porque é a síntese de muitas determinações. Por isso o concreto aparece no pensamento como o processo da síntese, como resultado, e não como ponto de partida, ainda que seja o ponto de partida efetivo, e, portanto, o ponto de partida também da intuição e da representação. No primeiro método [o hegeliano], a representação plena volatiliza-se em determinações abstratas, no segundo [o materialista histórico], as determinações abstratas conduzem à reprodução do concreto por meio do pensamento. Por isso é que Hegel caiu na ilusão de conceber o real como resultado do pensamento que se sintetiza em si, se aprofunda em si, e se move por si mesmo; enquanto o método que consiste em elevar-se do abstrato ao concreto não é senão a maneira de proceder do pensamento para se apropriar do concreto, para reproduzi-lo como concreto pensado. Mas este não é de modo nenhum o processo de gênese do próprio concreto (p.14).

A unidade indissolúvel entre os diversos aspectos da realidade, bem como o movimento concreto-abstrato exposto de forma rigorosa por Marx, devem ser ressaltados. Ele concebe o desenvolvimento histórico como resultado do conjunto das atividades humanas, e as vê a partir do conflito entre os grupos sociais – as *classes sociais* - que lutam pelos seus interesses em cada contexto

histórico específico. Na formulação célebre, “*a história de todas as sociedades que existiram até nossos dias tem sido a história da luta de classes*” (26)³.

Para o materialismo histórico, a mudança social, enfim, assume proporções mais drásticas (embora expressem a continuidade e, ao mesmo tempo, ruptura com o curso histórico) durante as revoluções. De acordo com Caio Prado Júnior (27):

‘Revolução’, em seu sentido real e profundo, significa o processo histórico assinalado por reformas e modificações econômicas, sociais e políticas sucessivas, que, concentradas em períodos históricos relativamente curtos, vão dar em transformações estruturais da sociedade, e em especial das relações econômicas e do equilíbrio recíproco das diferentes classes e categorias sociais. O ritmo da História não é uniforme. Nele se alternam períodos ou fases de relativa estabilidade e aparente imobilidade, com momentos de ativação da vida político-social e bruscas mudanças em que se alteram profunda e aceleradamente as relações sociais. Ou mais precisamente, em que as instituições políticas, econômicas e sociais se remodelam a fim de melhor se ajustarem e melhor atenderem a necessidades generalizadas que antes não encontravam devida satisfação. São esses momentos históricos de brusca transição de uma situação econômica, social e política para outra, e as transformações que então se verificam, é isso que constitui o que propriamente se há de entender por ‘revolução’ (p. 22).

1.2 A Problemática da Formação

Para compreender o problema da saúde no Brasil, é necessário situar o potencial e os limites da mudança econômica e social dentro do todo. O todo, em uma sociedade capitalista, é o mercado mundial em contínua expansão (26) próprio desse modo de produção. Ou seja, trata-se de entender como a parte – um país periférico – se insere nessa totalidade e como a totalidade determina as possibilidades históricas dessa parte.

A formação do mercado mundial não se deu de maneira heterogênea pelo mundo. Do contrário, a própria relação de exploração do trabalho específica da sociedade capitalista tem como necessidade, no plano geográfico, da subordinação das colônias às metrópoles, de nações periféricas às centrais. A problemática da particularidade de cada formação nacional ou de nacionalidades em formação dentro do

³ Existe, no seio do marxismo, uma polêmica sobre a determinação fundamental – isto é, o motor último da história: se o desenvolvimento das forças produtivas (grosso modo, o desenvolvimento da técnica e da economia) ou das relações de produção (grosso modo, a luta de classes). Sem querer entrar no tema, a compreensão de que a base material não muda sem a vontade humana, e que as classes sociais em contradição são o *sujeito* da mudança social, a não menos célebre frase do “18 Brumário de Luís Bonaparte” (23) permite arejar os dogmatismos: “Os homens fazem sua própria história, mas não a fazem como querem; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aqueles que se defrontam diretamente, ligadas e transmitidas pelo passado” (p. 203)

quadro geral do desenvolvimento capitalista, em especial das nações periféricas, e a relação destas com as nações dominantes em cada época, ocupou as reflexões de outro marxista, Leon Trotsky. Em sua obra clássica (28), escreve:

O desenvolvimento de uma nação historicamente atrasada induz, forçosamente, que se confundam nela, de maneira característica, as distintas fases do processo histórico. Aqui, o ciclo apresenta, em sua totalidade, um caráter confuso, complexo, combinado. Está claro que a possibilidade de passar por cima das fases intermediárias não é nunca absoluta; está sempre condicionada, em última instância, pela capacidade de assimilação econômica e cultural do país. (...) O desenvolvimento desigual, que é a lei mais geral do processo histórico, não se revela, em nenhuma parte, com mais evidência e complexidade do que no destino dos países atrasados. (...) Desta lei universal do desenvolvimento desigual da cultura decorre outra que, por falta de nome mais adequado, chamaremos de lei do desenvolvimento combinado, aludindo à aproximação das distintas etapas do caminho e à confusão de distintas fases, ao amálgama de formas arcaicas e modernas (p. 21).

O caráter desigual e combinado do desenvolvimento capitalista acentua a necessidade do conhecimento de cada formação social específica, principalmente na periferia. É exatamente pelo fato de que a evolução do capitalismo nos chamados países atrasados não pode seguir o mesmo curso dos países avançados que os nexos específicos das possibilidades de transformações em cada formação social precisam ser elucidados. Nas palavras de Lênin (29) *“La teoría marxista exige de un modo absoluto que, para analizar cualquier problema social, se le encuadre dentro de un marco histórico determinado, y despues, si se trata de un solo país (...) que se tengan en cuenta las particularidades concretas que distinguen a este país de los demás dentro del marco de una misma época histórica”* (p.662).

Neste sentido, a especificidade da formação brasileira passa pela compreensão da particularidade de uma sociedade de origem colonial, nos marcos da expansão comercial europeia dos séculos 15 e 16, que tem sua evolução condicionada a partir de fora e para fora. Trata-se, assim, de uma formação social periférica, subordinada ao todo, que é o sistema capitalista mundial. A problemática da formação, portanto, reside na relação da formação da sociedade brasileira com a formação da própria sociedade burguesa nas suas diversas fases (mercantil, industrial, monopolista), o que implica, portanto, numa relação de assimetria entre partes com evoluções distintas, porém combinadas, de um todo orgânico.

Uma interpretação marxista e original da sociedade brasileira – mais precisamente, do *sentido de sua história* – foi realizada por Caio Prado Júnior⁴. De acordo com Sampaio Júnior (20), a obra deste

⁴ O seguinte trecho mostra a extrema coerência de Caio Prado com o método do materialismo histórico em combater as

autor tem como mote fundamental o problema da formação nacional – isto é, a longa transição do Brasil colônia de ontem para o Brasil Nação de amanhã. Para Ianni (30), o pensamento de Caio Prado Júnior sobre a formação social brasileira é sintetizado nos seguintes termos: o sentido da colonização, a herança do trabalho escravo e as peculiaridades do desenvolvimento desigual e combinado na periferia. Nas palavras do próprio Caio Prado (27):

Tanto a nossa dependência do sistema internacional do capitalismo se apoia na natureza estruturalmente colonial de nossa economia, como essa estrutura colonial se mantém na base daquele sistema. Forma uma parte dele, constitui uma de suas engrenagens. Se o Brasil não é mais a simples e rudimentar colônia do passado sem outra atividade econômica expressiva que o fornecimento de produtos primários para o mercado de países dominantes da esfera internacional, essa situação que ainda era essencialmente a nossa, em estado quase puro, até, digamos, o último quartel do século passado, não se acha de todo superada (p. 187).

Para Caio Prado Júnior, portanto, a formação da nação é um processo que culminaria com a conquista de autonomia relativa frente ao sistema capitalista mundial e conseqüente organização do sistema produtivo em função das necessidades de um mercado interno. Seriam estes os pré-requisitos para que o conjunto da população brasileira tenha acesso de forma igualitária aos bens da civilização.

Sua interpretação, pois, trata da “evolução do Estado e da história econômica tentando descobrir o sentido da luta de classes no contexto da antiga sociedade senhorial e na moderna sociedade urbana” (30). A formação nacional é a possibilidade histórica de a sociedade brasileira alcançar autonomia frente ao sistema capitalista mundial, organizar sua economia em função das necessidades de seu povo, acabar definitivamente com as relações de produção fundadas na segregação e socializar para o conjunto da nação condições de vida que incorporem o progresso material da civilização moderna.

O caráter dependente do capitalismo brasileiro aniquila definitivamente a perspectiva da consolidação de um processo de formação nacional nos marcos deste ordenamento social. Isto porque, para Florestan Fernandes (31) o capitalismo dependente reside em uma dupla articulação, marcada de um lado, pela subordinação da sociedade nacional aos países (e capitais) imperialistas; e de outro, pela

diversas tendências dogmáticas (inclusive no campo marxista) no que diz respeito à interpretação da história brasileira (27): “Inverte-se o processo metodológico adequado, e em vez de partir da análise dos fatos a fim de derivar daí os conceitos com que se estruturará a teoria, procedendo-se em sentido inverso, partindo da teoria e dos conceitos, que se buscam em textos consagrados e clássicos, para em seguida procurar os fatos ajustáveis em tais conceitos e teoria” (p. 77). Não à toa, Ianni (30) afirma que sua pesquisa busca “descobrir os contornos e os movimentos que caracterizam as principais configurações da vida nacional. Assim, os fatos gerais e singulares ganham vida e movimento” (p. 51).

necessidade da manutenção de um regime de segregação social no plano interno.

A questão da segregação social torna-se ainda mais aguda à medida que os ciclos econômicos orientados, fundamentalmente, para os interesses do capital internacional e da classe dominante interna associada, se sucedem. Nas palavras de Octavio Ianni (30): “A mesma sociedade que fabrica prosperidade econômica fabrica as desigualdades que constituem a questão social (p. 112). Em suma, trata-se do que Fernandes (32) chamou de “modo de participar do padrão dessa civilização”. [...] O processo [do desenvolvimento] só pode ser (e, de outro lado, tem de ser) desencadeado a partir de dentro: através de modificações das estruturas sociais, econômicas e políticas da sociedade brasileira” (pp. 177 – 178). O problema da formação nacional deve ser visto, ainda, como a capacidade que a sociedade nacional tem de decidir pelo próprio destino – paradigma da teoria do desenvolvimento. Neste sentido, a problemática da formação trata, sob o enfoque do desenvolvimento, do controle que a sociedade nacional poder ter sobre o processo de mudança. Nos termos de Celso Furtado (33), trata-se de como subordinar a racionalidade instrumental (os meios – materiais, técnicos, culturais) à racionalidade substantiva (os fins de uma dada coletividade nacional)⁵.

A abordagem da particularidade da formação social brasileira no período em estudo precisará dar conta da herança do passado colonial, da reatualização da subordinação externa, sob a era monopolista e do “imperialismo total” (2º pós-guerra), e da segregação social que caracterizam a inserção subordinada brasileira no sistema capitalista internacional. Os autores – Caio Prado Júnior, Florestan Fernandes e Celso Furtado – foram escolhidos por serem referências clássicas no debate sobre a formação e o desenvolvimento, partilhando de visões comuns dos dilemas vividos por uma nação em construção (34). Uma das suas principais visões comuns é a compreensão de que o regime de 64, longe de resolver as grandes questões nacionais, aprofundou as principais características do capitalismo dependente e do subdesenvolvimento, e lançou a civilização burguesa no Brasil numa dinâmica irreversível, dentro dos marcos do próprio capitalismo dependente, de suas características antinacionais, antidemocráticas e antissociais.

As matrizes teóricas dos três autores são diferentes e, no caso de Florestan Fernandes e de Celso Furtado, distintas da perspectiva marxista. Reivindica-se, contudo, sua importância, por contribuir de modo profundamente crítico para o conhecimento da realidade histórica brasileira. Ao fazê-lo, auxiliam no entendimento de como as *permanências de problemas herdados do passado condicionam e alteram*

⁵ Por extensão, Furtado (35) afirma que “o subdesenvolvimento apresenta-se como uma situação de dependência estrutural, que se traduz por um horizonte estreito de opções na formulação de objetivos próprios e numa reduzida capacidade de articulação das decisões econômicas tomadas em função destes objetivos” (p. 15).

as formas de absorção da mudança capitalista desde o final do século XIX. E por isso, ajudam a entender o sentido da História brasileira e as possibilidades futuras inscritas na realidade concreta.

O procedimento de incorporação dessas contribuições é coerente com a tradição marxista por pelo menos três razões. Em primeiro lugar, o materialismo histórico é uma corrente de pensamento que se preocupa em compreender a realidade para transformá-la. O procedimento metodológico de excluir *a priori* obras de tradições teóricas distintas não é, de forma alguma, fiel ao marxismo e sua preocupação com a apreensão da totalidade. Neste sentido, o marxismo não é uma coleção de ortodoxias, mas uma maneira de enxergar a realidade: a relação entre as partes, as determinações mútuas, suas contradições, em especial a luta da humanidade em torno de sua emancipação, são pontos cruciais da obra de Marx que apelam pela necessidade de um combate permanente aos dogmatismos teóricos.

Em segundo lugar, a tradição marxista sempre procurou apoiar-se em ombros de gigantes. Basta recordar o longo movimento de crítica e assimilação das obras da economia política inglesa por Marx ou do estudo de economistas burgueses por Lênin em sua obra “Imperialismo: fase superior do capitalismo”, entre outros, são exemplos de que o materialismo histórico precisa se apoiar na capacidade crítica, no acúmulo teórico e no conhecimento prático que, nem de longe, é monopólio de pensadores desta tradição.

Neste sentido, e em terceiro lugar, a tradição marxista brasileira inaugurada por Caio Prado Júnior, ao procurar uma interpretação original, precisa necessariamente fazer referência a obras de tradições distintas que, dentro de sua perspectiva crítica, procura assimilar – ou combater. Desde os conservadores como Oliveira Viana, ao “esclarecimento” positivista crítico de um Euclides da Cunha, passando mesmo pela interpretação oficial do PCB, seu pensamento procurou compreender a especificidade do Brasil, seja desafiando o dogmatismo marxista da época, seja incorporando conclusões de outros autores. Afinal, a tarefa intelectual, para os marxistas, é a crítica:

O ponto crucial está na crítica. Devemos nos apropriar criticamente do legado dos pensadores que se debruçaram sobre os problemas brasileiros, incorporando-os e superando-os, reconhecendo seus limites para ir além. Julgar a qualidade da obra de um intelectual pressupõe tomar conhecimento dela e fazer seu confronto com a realidade concreta, para avaliar – posteriormente, e não com base em julgamento apriorístico, abstrato – em que medida permite avançar na compreensão daquela realidade e na resolução de seus problemas. E, reiterando: tendo em vista que o conhecimento é intrinsecamente histórico e que o critério da verdade é a prática, não havendo um corpo de verdades absolutas a orientar ações e acusações. Penso que é nessas bases que os marxistas brasileiros devemos nos posicionar e nos relacionar com a produção intelectual, tanto no campo do marxismo como fora dele, que problematizou os dilemas

do desenvolvimento e da revolução brasileira. (36).

1.3 A Questão Social e as necessidades históricas

A tentativa de compreender a especificidade da questão social na sociedade capitalista é fundada, de acordo com Iamamoto (37), na noção marxista de desenvolvimento desigual e combinado: “a desigualdade entre o desenvolvimento econômico e o desenvolvimento social, entre a expansão das forças produtivas e as relações sociais na formação capitalista” (p. 129) – isto é, a gênese da questão social tem sua origem na contradição entre o caráter coletivo da produção na sociedade capitalista e a apropriação privada desta atividade produtiva, que é o trabalho, das condições necessárias à sua realização e dos seus frutos.

Mais especificamente, esta autora (37) afirma que “com o progresso da acumulação, o aumento da produtividade torna-se um de seus produtos e sua alavanca mais poderosa, operando-se uma mudança na composição técnica e de valor do capital” (p.157). Esta tendência, inerente ao modo de produção capitalista, tem dois desdobramentos. Primeiro, com a redução do tempo de trabalho socialmente necessário à produção de mercadorias, amplia-se a extração de mais-valia relativa. Segundo, reduz-se a relação capital variável (empregado na contratação de força de trabalho) /capital constante (empregado na aquisição dos meios de produção).

Para ela (37), esta tendência geral, poupadora de força de trabalho, que vem concomitante ao aumento da produtividade do trabalho, também é acompanhada do crescimento absoluto da população trabalhadora, este num ritmo mais rápido que os meios de sua ocupação. Faz com que “o trabalho excedente dos segmentos ocupados condene, à ociosidade socialmente forçada, amplos contingentes de trabalhadores aptos ao trabalho e impedidos de trabalhar, maiores que aqueles de trabalhadores incapacitados para a atividade produtiva” (p. 157). Forma-se, assim, uma superpopulação relativa, sujeita “às oscilações cíclicas e eventuais de absorção e repulsa do trabalho nos centros industriais”, composta por trabalhadores agrícolas que tendem a marchar para as cidades expulsos pela mecanização da produção agrícola; e pela “parcela estagnada de trabalhadores ativos com ocupações irregulares e eventuais”, os trabalhadores precarizados; por fim, o cenário se fecha com o agravamento do *pauperismo*, conceito que a autora toma de Marx, representado por “contingentes populacionais miseráveis aptos ao trabalho, mas desempregados, crianças, adolescentes e segmentos indigentes incapacitados para o trabalho (idosos, vítimas de acidentes, doentes, etc.)”, cuja sobrevivência é

custeada pela renda do conjunto da sociedade, mais especificamente da classe trabalhadora e que, por acirrar a competição no mercado de trabalho, constituem elemento fundamental para a reprodução ampliada do capitalismo. Assim, existe uma “acumulação da miséria relativa à acumulação do capital, encontrando-se aí a raiz da produção/reprodução da questão social na sociedade capitalista” (p. 159).

É, portanto, a emergência do trabalhador livre como condição da sociedade capitalista que torna o indivíduo um “pobre virtual”, nos dizeres da autora. Isto porque o crescente apartamento da riqueza produzida, em sua condição de assalariado, é agravado pela iminência da perda da condição de assalariado – e a pauperização é específica da sociedade capitalista. Neste sentido, a pobreza diz respeito não apenas à distribuição da riqueza (renda) produzida pelo trabalho social, mas com relação à propriedade dos meios de produção – isto é, refere-se à relação entre as classes. Em outras palavras, para Yamamoto (37) a questão social “expressa desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização”, atingindo os sujeitos sociais em luta pelos “direitos civis, sociais e políticos e aos direitos humanos” (p. 160).

No Brasil, em que a expressão concreta do desenvolvimento desigual e combinado está assentada em uma forte heterogeneidade estrutural, estas características gerais da sociedade capitalista são ainda mais pronunciadas. De acordo com Ianni (30), “o operário e o camponês são submetidos a uma dupla exploração. (...) São expropriados de modo a garantir os interesses dos setores dominantes na sociedade brasileira. E são expropriados de modo a garantir os interesses de setores estrangeiros, com os quais eles se acham articulados” (p.111). O padrão de modernização e de acumulação de capital em uma sociedade dependente como a brasileira torna a questão social ainda mais grave.

Esta começa a se esboçar a partir do declínio paulatino da escravidão, o descompasso entre a utopia liberal da civilização burguesa – já devidamente filtrada pelo horizonte de uma sociedade dependente e em formação – e as marcantes desigualdades sociais foi sempre o calibrador “*das formas e dos movimentos da sociedade nacional*” (30). As rupturas políticas de 1922, 1930, 1937, 1945, 1964 e 1985, para citar os exemplos mais relevantes, tiveram que dar algum tipo de resposta ao aguçamento dos conflitos sociais. Os dilemas e as possibilidades do capitalismo dependente condicionam o campo em que os polos em pugna pela solução da questão social se deparam no Brasil.

Neste mesmo trabalho, o autor afirma que se o aumento e a reconstrução das desigualdades sociais criam e recriam as condições de emprego, desemprego, subemprego e pauperismo, também

criam os movimentos em defesa do trabalho, do direito à terra, moradia, educação, saúde, entre outros, bem como as organizações próprias da classe trabalhadora, como sindicatos e partidos. Uma das características das classes dominantes no Brasil é sua “séria dificuldade para se posicionar em face das reivindicações econômicas, políticas e culturais dos grupos e classes subalternos. Muitas vezes reagem de forma intolerante, tanto em termos de repressão como de explicação”⁶ (p. 96).

A célebre expressão atribuída a Washington Luís, presidente da República e legítimo representante da classe dominante - “*a questão social é caso de polícia*”⁷ - ajuda a expor o sentido geral da abordagem da questão social no Brasil. Esta fórmula, longe de esgotar por si o padrão geral, é complementada por outra: a de que suas manifestações seriam problemas fundamentalmente de “assistência social” - ou, em outros termos, de políticas públicas a serem desenvolvidas pelo Estado.

É esta combinação de força e tutela – ou de coerção e convencimento, para usar os termos de Antonio Gramsci – que é capaz de explicar os limites e as possibilidades de solução da questão social no capitalismo brasileiro. Como explica Ianni:

Muitas vezes o assistencialismo, a previdência, as medidas de segurança e a repressão operam em conjunto. Os mesmos interesses dominantes acionam diferentes técnicas sociais, em distintas situações, ou no mesmo lugar. Simultaneamente, os setores dominantes e as agências do governo adotam medidas modernizantes. Criam e aperfeiçoam as instituições, de modo a garantir o controle sobre o jogo das forças sociais e a continuidade das políticas de crescimento, desenvolvimento, progresso ou modernização. Colocam-se em prática medidas destinadas a aperfeiçoar o status quo: reformar alguma coisa para que nada se transforme. Isto é, modernizar instituições para que grupos e classes permaneçam sob controle, não ponham em causa a ‘paz social’, ou a ‘lei e a ordem’ (pp. 100-101).

Uma abordagem crítica e totalizante da questão social no Brasil, portanto, precisa apreender a contradição fundamental de nossa formação nacional: os nexos necessários de autopreservação do capitalismo dependente se chocam com as necessidades históricas de emancipação do conjunto da população. O padrão geral de condução da questão social pelos setores dominantes não consegue escapar a esta lógica. O que não significa, de forma alguma, que não haja mudança social. Mas é neste

⁶ Como se verá adiante, Florestan Fernandes explica que as debilidades objetivas e subjetivas da classe trabalhadora e a intolerância (combinada com tutela e cooptação) das classes dominantes (necessitadas da superexploração que são) determinam um padrão extremamente assimétrico de luta de classes.

⁷ A expressão exata “*A agitação operária é uma questão que interessa mais à ordem pública do que à ordem social, representa o estado de espírito de alguns operários, mas não de toda a sociedade!*” é uma maneira rebuscada de dizer a mesma coisa.

emaranhado contraditório que também se move um aspecto da questão social: a saúde.

1.4 A saúde: especificidade deste trabalho

Dentro de uma perspectiva totalizante, a questão da saúde, que é explicada tanto pelo padrão de adoecimento de uma determinada sociedade e pelos meios socialmente utilizados para enfrentar esse padrão de adoecimento, é sempre uma expressão das particularidades do modo de produção em cada sociedade. Neste sentido, a procura das causas últimas do adoecimento, do ponto de vista social, deve residir na compreensão do movimento geral do modo de produção capitalista e de como é sua produção e reprodução concreta em cada coletividade. Este aspecto, fundamental para a compreensão da questão da saúde, em razão da dimensão que merece um estudo deste porte, não será abordado neste trabalho.

Como expressão da *questão social* no capitalismo, a questão da saúde remonta ao século 19 nos países que viviam a Revolução Industrial. Como exemplos, os trágicos relatos presentes em “A Situação da classe trabalhadora na Inglaterra” (Friederich Engels) ou em *Oliver Twist* (Charles Dickens) e a proliferação de epidemias (a exemplo da cólera), que exigiam respostas das classes dominantes, em nome de um grau mínimo de coesão social. As medidas tomadas culminaram com a criação do primeiro sistema de saúde de uma nação burguesa⁸. Às discussões que resultaram na “Lei dos Pobres” de 1834 se seguiu um longo processo de maturação do que viria a ser um sistema nacional de saúde. Embora em 1848 fosse estabelecido um Conselho Geral de Saúde, foi apenas em 1875 que foi aprovado o “Ato da Saúde Pública”, marco para o estabelecimento do sistema inglês, que se tornou um dos paradigmas no enfrentamento da questão da saúde (38). Isto se deu porque a originalidade – e a eficácia – do sistema inglês sustentava-se em dois aspectos: o primeiro, que permitiu, segundo Braga e De Paula (39),

[...] associar três níveis de atuação: assistência médica aos pobres, controle da força de trabalho e esquadramento geral da saúde pública, permitindo à classe dominante se proteger dos perigos gerais. E, por outro lado, a medicina social inglesa – e aqui está sua originalidade – permitiu a realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes: uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação, as epidemias, etc., e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios de pagá-la (p. 11).

⁸A discussão mais detalhada das origens dos sistemas nacionais de saúde no século 19 encontra-se no capítulo VI da obra de George ROSEN (38).

Os demais países em processo de industrialização deparavam-se com questões semelhantes. França, Bélgica, EUA e Alemanha se viram às voltas com a necessidade de construção de sistemas de saúde pública. Nesta última, foi possível estabelecer, desde os princípios do Segundo Reich – a partir de 1876 –, um sistema nacional de saúde pública, apoiado no acúmulo de diversos intelectuais (médicos, juristas, entre outros) sobre a questão da Reforma Sanitária e as necessidades do Estado nascente (38).

Sumariamente, na época monopolista, em especial após as duas guerras mundiais, a “hipertrofização” dos Estados capitalistas, e, principalmente, com o avanço do movimento comunista internacional, surgiram elementos adicionais no quadro sanitário. Na era das transnacionais, quando a produção de bens de saúde está subordinada à dinâmica de inovação dominada por estas empresas, a questão da saúde apresenta, segundo Arouca (40), quatro aspectos. Primeiramente, houve uma tendência à universalização da forma mercadoria, inclusive no que diz respeito à assistência à saúde. Em segundo lugar, existiu uma mudança profunda na organização do trabalho, com o surgimento de uma avançada divisão do trabalho, que, de acordo com sua interpretação marxista, é geradora de valor⁹. Em terceiro lugar, aprofundou-se o hiato entre o desenvolvimento técnico e científico e sua incapacidade de solucionar problemas emergentes, ou dar conta das duas ordens de necessidades criadas pelo capitalismo: uma, “*que são aqueles conjuntos de necessidades que devem se constituir em consumo para a produção industrial*”; e outra, que são “*necessidades decorrentes do próprio funcionamento do sistema, como as doenças carências, mentais, violência, ocupacionais, etc.*”¹⁰ (p. 236). Por fim, diz respeito ao plano ideológico, que afirma a igualdade social na sociedade capitalista. Neste sentido, educação, saúde, previdência seriam “*bens sociais*” a serem desfrutados por todos, graças à mediação estatal, que seria capaz de superar as desigualdades, bem como abstrair que estes bens também são “*mecanismos de reprodução das relações sociais e características da força de trabalho*” (p. 237).

No que se refere ao caso brasileiro, Donnangelo (41) afirma que,

A emergência das reivindicações por direitos sociais coincide com o encerramento da etapa liberal do desenvolvimento capitalista, e ocorre no interior de todo o sistema. Refere-se diretamente às crises econômicas das primeiras décadas do século XX, que levaram também à redefinição das relações entre os subsistemas centrais e periféricos do sistema capitalista e à ampliação das funções do Estado, que passa a configurar-se

⁹ Entendimento distinto pode ser conferido em Donnangelo (41).

¹⁰ O autor chama a atenção para o fato de que o segundo aspecto é mais agudo na periferia do sistema, e que a existência de um mecanismo ideológico que procura separar questões de ordem “social” de ordem “produtiva”: de um lado, saúde, educação, previdência. De outro, a ideologia da industrialização, que seria a saída para o cumprimento dos direitos sociais. Ele critica esta visão ideológica, pois o avanço das forças produtivas só vinha agravando os problemas relacionados à saúde (40).

também como planejador. Este é, também, por particularização, o quadro histórico no qual se inscreve o início do processo de sustentação, pelo Estado, dos direitos sociais na sociedade brasileira (pp. 6-7).

A questão da saúde, portanto, se insere nos mesmos quadros da questão social, seja nos termos da sua problemática – a pobreza gerada pelo modo de produção capitalista, seja em suas raízes históricas – a maturação dos Estados capitalistas. É dentro deste contexto mais amplo que se buscará entender o caso particular do Brasil.

Trata-se de compreender, portanto, como a saúde, sendo uma *questão social*, se apresenta sob a forma de “necessidades de saúde”, entendidas por Mendes-Gonçalves (42) como “necessidades 'necessárias' [que] são, portanto, **históricas**: constituem o conjunto de necessidades que devem estar presentes para a reprodução do homem em certo período e em certa sociedade, e eventualmente, em cada grupo particular de homens nessa sociedade” (p. 20). Dentre a produção da Saúde Coletiva, os pioneiros trabalhos que criticavam as práticas de saúde vigentes no período estudado abordavam, em primeiro lugar, o processo de formação de um *sistema de atenção à saúde* com alcance nacional, ainda que em caráter profundamente heterogêneo. Inclua-se aí tanto a assistência individual à saúde, cujo expoente maior – mas não único – no período foi o vinculado ao sistema previdenciário, quanto às medidas ligadas à saúde das coletividades; em segundo lugar, buscar-se-ão trabalhos que tenham estudado o padrão de incorporação de tecnologia em saúde e seu desdobramento nas práticas assistenciais. Estes dois aspectos convergem para o exame da formação de um *modo de produção de saúde* (12), nos marcos da formação histórica da sociedade brasileira, e as bases históricas e sociais da satisfação de tais necessidades no plano da luta de classes que se travou na sociedade brasileira do período 1964 - 1985¹¹.

¹¹ Um trabalho deste escopo tem, evidentemente, algumas lacunas. No que diz respeito ao debate sobre práticas coletivas de saúde, os estudos específicos sobre a organização do trabalho em saúde e seus desdobramentos no padrão de mudança dos serviços de saúde, como as produzidas no Laboratório de Planejamento e Avaliação do DMPS/Unicamp ou no DMPS/USP, não serão abordados. Outra tradição, em especial à ligada à identificação das práticas de saúde e um recorte de classe, como nas críticas à medicina ocupacional por parte da saúde coletiva latino-americana (como Asa Cristina Laurell), também não será estudada.

CAPÍTULO 2: CAPITALISMO DEPENDENTE E A DITADURA DE 1964

Os três aspectos fundamentais da formação da sociedade brasileira levantados por Caio Prado Júnior – o sentido da colonização (lógica dos negócios), a herança da escravidão e a peculiaridade de uma sociedade periférica no desenvolvimento capitalista desigual – encontram eco no período estudado. A década de 1960, em especial no pós-golpe militar, é momento decisivo no processo de consolidação do capitalismo dependente brasileiro.

No plano internacional, o acirramento da luta de classes ganhava novos capítulos. A revolução socialista e as lutas de libertação nacional obtinham vitórias como na Argélia. Para o imperialismo, a Guerra Fria assistia a momentos em que o polo socialista tinha chances de arrebatá-lo a periferia capitalista. Não foi outra a razão do maior envolvimento dos EUA na questão do Vietnã a partir do início da década.

O processo de mudança social na América Latina, assim, foi fortemente polarizado pelo explícito anti-imperialismo cubano após o triunfo da Revolução, em 1959. Por outro lado, em alguns países, como Brasil, México e Argentina, existia um processo de industrialização que aumentava a autonomia relativa destes países frente ao sistema capitalista internacional e incubava a emergência política de uma embrionária classe trabalhadora que amplificava a instabilidade política no bloco alinhado aos EUA. O processo de industrialização como motor do *desenvolvimento* animava a ideia de que seria possível superar as mazelas das sociedades capitalistas latino-americanas sem colocar em risco o poder burguês na periferia.

No Brasil do 2º pós-guerra, a ideia do *desenvolvimento* como eixo do processo de formação nacional polarizava setores da burguesia, parte da burocracia estatal e das incipientes organizações operárias. De acordo com Hadler (43), seu núcleo central tinha como pressuposto a *industrialização* (e a forma específica que ocorreu no Brasil – a industrialização por substituição de importações) nacional como motor deste processo. Esta seria a chave para a superação das amarras que atavam o Brasil arcaico ao século 20 e travavam as possibilidades positivas da modernização. A industrialização “permitiria equacionar tanto o problema do desemprego estrutural, absorvendo a população excedente dos setores tradicionais, quanto o problema da dependência externa” (p. 43). Esta formulação, peça-chave da teoria da CEPAL, era uma das principais interpretações do chamado “desenvolvimentismo”, e de certa forma sintetiza boa parte dos anseios do nacionalismo burguês mais radical, que aspiravam a uma afirmação do Brasil como nação independente e relativamente autônoma.

Com grande proximidade a esta interpretação, embora com uma diferença quanto aos objetivos finais, as correntes de pensamento ligadas ao PCB se engajaram no bloco desenvolvimentista por avaliar

que ele representaria um projeto coerente de consolidação da etapa democrática e nacional da Revolução Brasileira, precursora da etapa socialista. Segundo seu maior líder, Luís Carlos Prestes, a visão dos comunistas em 1945 era de que “enquanto não acabasse a dominação imperialista e o latifúndio, o capitalismo não se desenvolveria no Brasil”¹², sendo necessária uma aliança entre a burguesia nacional, interessada em desenvolver as forças capitalistas genuinamente nacionais, o proletariado e o campesinato, em torno da superação dos “restos feudais”, amparados em uma aliança entre o atrasado latifúndio e o imperialismo. Neste sentido, sua orientação estratégica durante a maior parte do período do 2º pós-guerra até o golpe de 64 foi toda montada em torno da aliança com setores supostamente identificados com esta etapa revolucionária.

As evidências da exaustão da industrialização por substituições, mais agudas a partir da década de 1960, e o esgotamento de seu projeto político, o nacional-desenvolvimentismo, lançaram a ordem capitalista brasileira em uma crise econômica, social e política. O governo Goulart, que finalmente assumiu com poderes plenos a partir de 1962, foi símbolo do que Florestan Fernandes chamou de “pacto espúrio de poder”. O populismo, espécie de filtro seletivo à entrada da classe trabalhadora na vida política brasileira e que serviu como fiel da balança às dissensões da classe dominante, enquanto a revolução burguesa no Brasil não amadurecia, foi se esvaindo até o golpe final de 1º de abril, em grande medida pela erosão do bloco político que o constituía.

As vacilações de João Goulart, que ora se aproximava da burguesia, ora aparentava concessões ao proletariado urbano e rural em franca luta, somaram-se a uma conjuntura de crise econômica profunda, que resultou em enormes provocações de setores conservadores e enfim, o desencadeamento do movimento golpista. Dentre as forças que o sustentavam, nem o setor “romântico” da burguesia nacional, ainda sonhando com um projeto nacional, nem o PCB, reduzido à “cauda” do reformismo burguês por sua linha “etapista”, puderam esboçar reação. Sua desarticulação política (e militar), seu diagnóstico equivocado da realidade brasileira e, por fim, a força desproporcional dos golpistas (que contavam com a Marinha estadunidense a poucos quilômetros da costa), possibilitaram mais uma interrupção da “ordem democrática” brasileira.

Em suma, o 1º de abril de 1964 representou a culminação da Revolução Burguesa no Brasil, segundo Florestan Fernandes. A necessidade de acelerar as tendências do capitalismo dependente era representada, de um lado, pela pressão do imperialismo contra qualquer processo que pudesse, mesmo

¹² Pode ser conferido na entrevista dada por ele ao programa “Roda Viva”, em 1986, através do link <http://www.youtube.com/watch?v=XN9ITdiWdCI>

de longe, se assemelhar com Cuba ou o Vietnã, e garantir espaço de reprodução ampliada dos negócios dos grandes trustes. Por outro lado, a aposta da burguesia dependente em manter um regime de segregação social, ao mesmo tempo, era o atestado de que as esperanças de um capitalismo desenvolvido foram rifadas em defesa da ordem. O processo histórico do golpe de 64 representa a *cristalização* da dupla articulação que caracteriza o capitalismo dependente brasileiro: subordinado aos interesses do capital monopolista internacional e perpetuador de um regime que relega, de forma sistemática, a maior parte da população a uma espécie de cidadania de quinta categoria, continuidade direta da enorme assimetria herdada do passado colonial¹³.

O objetivo deste capítulo é discutir visões sobre a história do Brasil que dão conta das questões fundamentais da época. Os conceitos de imperialismo, dependência, modernização, segregação social e heterogeneidade estrutural são a chave para entender o papel que desempenharam tanto as frustrações do processo de industrialização quanto o fracasso da democracia liberal no processo de formação de uma nação desenvolvida.

Neste sentido, as contribuições de Caio Prado Júnior, Florestan Fernandes e Celso Furtado são essenciais. Segundo Sampaio Júnior (20), há três antagonismos irreconciliáveis de que trata cada autor: para o primeiro, a oposição entre Nação e Imperialismo, se evidencia por sua análise sobre as tarefas da revolução nacional; para o segundo, a Nação se opõe à Dependência e se vincula às necessidades de uma revolução democrática; por fim, para o terceiro, o padrão concreto de Modernização no Brasil põe em xeque as bases técnicas e culturais de uma economia nacional.

¹³ Os trechos a seguir, retirados de Fernandes (31) explicitam esta afirmação: “A burguesia atinge sua maturidade e, ao mesmo tempo, sua plenitude de poder sob a irrupção do capitalismo monopolista, mantidas e agravadas as demais condições, que tornaram a sociedade brasileira potencialmente explosiva, com o recrudescimento inevitável da dominação externa, da desigualdade social e do subdesenvolvimento. Em consequência, o caráter autocrático e opressivo da dominação burguesa apurou-se e intensificou-se (...). Não só porque ainda não existe outra força social, politicamente organizada, capaz de limitá-la ou de detê-la. Mas também porque ela não tem como conciliar o modelo neo-imperialista de desenvolvimento capitalista, que se impôs de fora para dentro, com os velhos ideais de Revolução Burguesa nacional-democrática” (p. 258); “O que se pode dizer, de um ponto de vista mais geral, é que sob o capitalismo monopolista o desenvolvimento desigual da periferia se torna mais perverso e ‘envenenado’. Não se voltando contra a dupla articulação, ele mantém, alarga e aprofunda a dependência ao mesmo tempo em que agrava o subdesenvolvimento relativo (malgrados efeitos de demonstração em contrário. Além disso, como também desencadeia pressões fortes no sentido de crescer aceleradamente com “recursos internos”. Isso se revela particularmente grave em duas esferas: 1º) as fortes compressões conjunturais dos salários dos trabalhadores; 2º) desinflatores e outras técnicas de transferência de renda que amparam, sistematicamente, todos aqueles que estão fora e acima da economia popular” (p. 317 – 318); “As transformações externas dos ritmos e estruturas do capitalismo mundial e do imperialismo agravaram ainda mais as dificuldades inexoráveis desta burguesia, forçando-a a entender que ela não podia preservar a transformação capitalista rompendo com a dupla articulação, mas fazendo exatamente o inverso, entrelaçando ainda com mais vigor os momentos internos da acumulação capitalista com o desenvolvimento desigual da economia brasileira e com os avassaladores dinamismos das “empresas multinacionais”, das nações capitalistas hegemônicas e do capitalismo mundial” (p. 370).

2.1 A revolução burguesa no Brasil como cristalização da dupla articulação

A ditadura civil-militar iniciada com o golpe de 1964 representa, para Florestan Fernandes (31), o desfecho da revolução burguesa no Brasil, entendida como a consolidação de um padrão de dominação burguesa específica de uma sociedade fundada em uma dupla articulação, que combina na dependência externa e um regime de segregação social oriundo das assimetrias da herança colonial¹⁴.

Segundo este autor, este padrão de revolução burguesa, dito “atrasado” ou “interrompido”, diferentemente dos padrões clássicos de revolução burguesa, como as que ocorreram na Inglaterra, França, Estados Unidos, Alemanha ou Japão, tem sua particularidade caracterizada por ocorrer em uma sociedade marcada pela sua origem histórica colonial, que lhe legou a dupla articulação já referida, e por ocorrer na época do Imperialismo Total¹⁵ (44), fortemente marcada pelo aguçamento das contradições entre a ordem burguesa e o movimento internacional dos trabalhadores¹⁶.

Neste contexto, a revolução burguesa no Brasil se objetivou, na realidade, como uma contrarrevolução permanente caracterizada por três aspectos. Primeiro, na medida em que a burguesia dependente passa a identificar “segurança nacional”, “crescimento econômico”, “modernização” com sua “revolução”, se vê despojada de seu liberalismo rudimentar. Esta verdadeira cisão entre o “tempo econômico”, que no capitalismo dependente significa a expansão dos negócios a serviço do imperialismo e dos privilégios do tope, e o “tempo político”, em que a democracia burguesa deixa de contar como horizonte político na era do imperialismo total, são as marcas do processo contrarrevolucionário da burguesia diante da *démarche* da formação nacional¹⁷.

¹⁴ Discussão semelhante é encontrada em Prado Júnior (27), capítulo III.

¹⁵ Esta nova fase do imperialismo foi definida por Fernandes (44): “O traço específico do imperialismo total consiste no fato de que ele organiza a ordem social, desde o controle de natalidade, a comunicação de massa e o consumo de massa, até a educação, a transplantação maciça de tecnologia ou de instituições sociais, a modernização da infra e superestrutura, os expedientes financeiros ou do capital, o eixo vital da política nacional, etc.”. Trata-se, em suma, de um controle “simétrico ao do antigo sistema colonial, nas condições de um moderno mercado capitalista, de tecnologia avançada e de dominação externa compartilhada por diferentes nações [mas hegemônica pelos EUA]” (p. 27).

¹⁶ Para além do surgimento de mudanças organizativas, dos papéis e do poder financeiro das empresas, mudanças referentes aos padrões de consumo, estrutura de renda, inovação tecnológica e nos padrões burocráticos de administração, bem como pelos impactos da financeirização do capital no mercado mundial, Florestan Fernandes (44) destaca o papel político decisivo do bloco soviético e seu impulso à revolução proletária mundial. É neste sentido que “o imperialismo moderno representa uma luta violenta pela sobrevivência e pela supremacia do capitalismo em si mesmo”, mais que “uma manifestação de concorrência nacional entre economias avançadas” (pp. 29 – 30).

¹⁷ A força gravitacional da dupla articulação, marcada, de um lado, pela necessidade do imperialismo *acelerar o crescimento* econômico e repelir as revoluções nacionais e democráticas e/ou proletárias na periferia, e, de outro lado, pela necessidade da manutenção do regime de segregação social, produzem, de acordo com Fernandes (31), “consequências que sobrecarregam e ingurgitam as funções especialmente políticas da dominação burguesa”, isto é, criam uma “forte dissociação pragmática entre desenvolvimento capitalista e democracia”. De modo que “criaram-se e criam-se, desse modo, requisitos sociais e políticos da transformação capitalista e da dominação burguesa” (pp. 340 – 341).

Segundo, correspondeu a uma solução para as contradições acumuladas sob o capitalismo dependente – isto é, o projeto de autonomia nacional, contra o caráter subordinado da inserção brasileira no sistema capitalista mundial, e a emergência política das massas despossuídas, que se insurgiam contra a segregação social – conduzida pela burguesia e para a burguesia – aqui entendida pelo Imperialismo e pela burguesia brasileira (31) ¹⁸: “A convergência de interesses burgueses internos e externos fazia da dominação burguesa uma fonte de estabilidade econômica e política, sendo vista como um componente essencial para o tipo de crescimento econômico, que ambos pretendiam, e para o estilo de vida política posto em prática pelas elites” (p. 243).

Por fim, ela se mostrou incapaz de, nas palavras de Sampaio Júnior (20), conciliar desenvolvimento econômico, democracia e soberania nacional¹⁹. De acordo com Fernandes (45), a Revolução Burguesa no Brasil terminou sendo nociva ao processo de formação em três aspectos:

No nível econômico, ele acelera o crescimento econômico mantendo e até aprofundando a distância relativa entre as classes possuidoras e não possuidoras; no nível social, ele preserva ou agrava as funções da desigualdade como obstáculo ao equilíbrio e à expansão do regime de classes propriamente dito; no nível político, ele impede o verdadeiro enquadramento nacional das estruturas de poder de Estado, já que se limita a identificar essas estruturas com a dominação autocrática da burguesia (p. 130).

2.2 O capitalismo dependente

O capitalismo dependente é uma formação social constituída pela combinação da “dupla articulação” entre a dependência externa e a segregação social. De um lado, essa sociedade é dependente dos dinamismos econômicos, sociais, políticos, técnicos e culturais das nações centrais do sistema capitalista mundial²⁰. A sociedade nacional, carente de forças econômicas, culturais e políticas próprias,

¹⁸ De acordo com Fernandes (46), as Revoluções Burguesas atrasadas ou interrompidas, comuns em países latinoamericanos, “não são ‘interrompidas’ para os estratos privilegiados das classes dominantes (incluindo-se nestas os parceiros externos envolvidos e os interesses imperiais das respectivas nações). O circuito da revolução é interrompido no patamar a partir do qual os seus dividendos seriam compartilhados seja com os ‘menos iguais’ das classes dominantes, seja com os ‘de baixo’. A interrupção só fica evidente por meio de um artifício comparativo: o que se sucedeu em outros casos análogos dos países centrais e o que aconteceria se... De fato, o raio dessas revoluções é tão pequeno que seria uma ‘anomalia’ se elas ocorressem de outra forma” (p. 75).

¹⁹ “A ‘revolução burguesa’ e o capitalismo só conduzem a uma verdadeira independência econômica, social e cultural quando, através da industrialização e do crescimento econômico, exista uma vontade nacional que se afirme coletivamente por meios políticos, e tome seu objetivo supremo a construção de uma sociedade nacional autônoma” (32) (p. 177).

²⁰ Comentando sobre as debilidades econômicas da sociedade brasileira, o autor (32) as toma como parte de uma totalidade “macrossociológica” que reforça as próprias condições de dependência: “Pela própria posição periférica, dependente e

torna-se tributária de interesses externos, por imposição ou associação. Para Fernandes (44), a burguesia dependente, assim, teve “de ceder terreno às evoluções externas do capitalismo, de colocar em segundo plano a revolução nacional e de exercer suas funções de liderança ou de dominação como uma plutocracia compósita, minada a partir de dentro pelos interesses, valores e influências das sociedades hegemônicas” (p.63).

Por outro lado, a sociedade é profundamente marcada por um regime de segregação social, herdado do período colonial, em especial da escravidão²¹, e reformulado permanentemente ao longo de sua História²². Na sociedade dependente, grande parcela da mesma é permanentemente excluída de condições de trabalho mínimas, direitos sociais e políticos e dos benefícios do progresso material capitalista. A integração possível é limitada e heterogênea, e longe de corresponder a um dualismo, é orgânica à reprodução da ordem (44): “são tais padrões de desigualdade estrutural que asseguram não só a existência e continuidade, mas também o crescimento e o desenvolvimento da ordem social competitiva que é possível sob o capitalismo dependente” (p. 75).

A dupla articulação demonstra, em verdade, que a **combinação entre moderno e atraso** é um traço constitutivo do capitalismo dependente. Nele, coexistem forças produtivas e relações de produção das mais avançadas, similares às dos centros capitalistas, até as pré e extra-capitalistas. Isso se deve a como a origem colonial condicionou a absorção dos mecanismos de mudança social tipicamente

especializada no mercado internacional, os países que, (...) [como o Brasil], não possuem uma 'economia' que possa preencher todas as funções que seriam vitais para a vigência e expansão normais da civilização transplantada. Os fluxos da produção e circulação da riqueza às vezes são suficientes para saturar, historicamente, uma parte das funções dessa civilização. Não obstante, eles se mostram demasiado débeis, seja para servir de base, em dado momento, à atualização simultânea de todas as suas funções econômicas, sociais e políticas; seja para incentivar eficazmente, a longo termo, a manifestação coordenada das potencialidades de mudança inerentes a tais funções. Nesse sentido, o principal efeito sociodinâmico das debilidades econômicas aparece em dois níveis. A 'economia' oferece suportes demasiado fracos para imprimir plena vitalidade às instituições, padrões e ideais de integração da ordem social global e modelos organizatórios herdados. E ela própria sofre o impacto dessa debilidade, esvaziando-se socialmente de modo variável e desgastando-se como um dos focos centrais de coordenação ou de dinamização dos processos civilizatórios. Tudo isso quer dizer que a 'economia' não conta com condições materiais e morais suscetíveis de imprimir às suas influências dinâmicas (integradoras ou diferenciadoras) o caráter de processos organizados e encadeados autonomamente em escala nacional” (pp. 161-162).

²¹Afirma Prado Júnior (27) “É também certo que a abolição não eliminou, desde logo, pelo menos em alguns lugares, acentuados traços escravistas que permaneceram de fato e à margem do regime legal de trabalho livre. Mas estas sobrevivências escravistas (...), longe de constituírem obstáculos ao progresso e ao desenvolvimento do capitalismo, lhe tem sido altamente favoráveis (...). O que sobra do escravismo representa assim um elemento de que o capitalismo se apoia, uma vez que o baixo custo da mão de obra torna possível, em muitos casos, a sobrevivência de empreendimentos de outra forma deficitários” (p. 97). Em seguida, o autor descreve como estas persistências se encontram em especial no campo, mas que se desdobram para o mercado de trabalho como um todo.

²²Segundo Fernandes (44): “À medida que as condições favorecem a expansão do capitalismo dependente, o 'progresso' (econômico, cultural ou político) não elimina distinções e barreiras sociais aberrantes, consolida-as ou as renova sob novas aparências. (...) a diferenciação estrutural e a emergência de novos dinamismos sociais de classe alteram a ordem social competitiva, em sua morfologia e em seu funcionamento, sem imprimir-lhe as potencialidades econômicas, socioculturais e políticas, que seriam necessárias para que a sociedade de classes se convertesse em fator de revolucionamento da economia existente e superação do capitalismo dependente” (pp. 70 – 71).

capitalistas de forma negativa²³ (32). A diferenciação em nação independente não teve correspondente na revolução econômica e social típica da revolução burguesa. O ponto de partida precário, a sociedade cindida e a defesa ultra-egoística dos interesses materiais e políticos das classes proprietárias levaram à constituição de uma dominação externa e à perpetuação da segregação que são, ao mesmo tempo, sua força e sua fraqueza²⁴.

A **combinação** pode ser entendida olhando como a sociedade absorve as instituições, valores e técnicas tipicamente capitalistas por dois aspectos. O pleno funcionamento da competição como motor da mudança econômica é aqui obstaculizado, pois as classes dominantes locais se aferram aos seus privilégios e propriedades, resistindo politicamente à monopolização plena do capital²⁵. Já o pleno funcionamento da luta de classes como meio para socializar a renda e a riqueza e garantir os direitos coletivos é travada pela intolerância de suas classes dominantes à mudança social, incapaz permitir o protagonismo autônomo das classes subordinadas²⁶.

Diante da inevitabilidade do processo de modernização capitalista, que seria acessado através dos centros, surge a necessidade de se criar condições para viabilizar sua incorporação – e remuneração – na periferia. Esta mesma modernização, ao desencadear transformações na sociedade dependente²⁷ (por

²³ Segundo Florestan Fernandes (32), este mecanismo repousa na necessidade da persistência de formas arcaicas de organização da produção, combinadas com a modernização induzida de fora: “a articulação de formas heterogêneas e anacrônicas entre si preenche a função de calibrar o emprego dos fatores econômicos segundo uma linha de rendimento máximo, explorando-se em limites extremos o único fator constantemente abundante que é o trabalho (...). Por isso, estruturas econômicas em diferentes estágios de desenvolvimento não só podem ser combinadas organicamente e articuladas no sistema econômico global. O próprio padrão de equilíbrio deste sistema, como um todo, e sua capacidade de crescimento definem-se e são perseguidos por estes meios, sem os quais o esvaziamento histórico dos ciclos econômicos conduziria, fatalmente, da estagnação à decadência” (p. 65).

²⁴ De acordo com Fernandes (31), “não há como fugir à constatação de que o capitalismo dependente é, por sua natureza e em geral, um capitalismo difícil, o qual deixa poucas alternativas efetivas às burguesias que lhe servem, a um tempo, de parceiras e amas-secas. Desse ângulo, a redução do campo de atuação histórica da burguesia exprime uma realidade específica, a partir da qual a dominação aparece como conexão histórica não da 'revolução nacional e democrática', mas do capitalismo dependente e do tipo de transformação econômica que ele supõe. Ao fechar o espaço político aberto à mudança social construtiva, a burguesia garante-se o único caminho que permite conciliar sua existência e o florescimento com a continuidade e expansão do capitalismo dependente” (p. 251).

²⁵ Fernandes (44) afirma que “Na América Latina, a intensidade da incorporação ao espaço econômico do “mundo avançado” propriamente dito tem sido limitada, seja por motivos puramente econômicos ('as razões de negócio', que tem contribuído para restringir o envolvimento dos parceiros mais fortes ou para animar o apetite dos sócios menores), seja porque os ritmos históricos de absorção da 'civilização ocidental moderna' repousam, também em massa, em fatores não econômicos” (p. 61).

²⁶ É o caráter “insuficiente e incompleto” com que se objetiva o regime de classes no Brasil que determina o padrão da luta de classes. Aquele caráter “impede ou bloqueia a formação e o desenvolvimento de controles sociais democráticos. A riqueza, o prestígio social, e o poder ficam concentrados em alguns círculos sociais, principalmente no que se refere ao uso do conflito e do planejamento como recursos de mudança sociocultural. Assim, ao atingir um objetivo puramente particular e egoísta, estes círculos assumem, de fato, o controle político da mudança sociocultural e se convertem nos verdadeiros fatores de perpetuação no estado de dependência cultural em relação ao exterior” (32) (p. 57).

²⁷ “No mesmo contexto em que o crescimento econômico contribui indiretamente para acelerar e agravar a instabilidade política, também contribuiu para modificar a qualidade da consciência da situação social” (32).

exemplo, induz a formação de uma classe trabalhadora que emerge como sujeito político), ameaça à estabilidade da ordem e precisa ser defendida. Daí, segundo Fernandes (44), o recurso ao padrão de segregação social, constituinte e estruturante dos privilégios internos:

A tentativa de conciliar o irreconciliável [isto é, o superprivilegiamento de classe e as formas típicas – e construtivas, próprias dos elementos dinâmicos do 'espírito capitalista' – de dominação burguesa] criou certas tendências, que são típicas da América Latina (...). Provocou, em primeiro lugar, persistentes e fortes pressões das classes 'baixas' (e por vezes das classes 'médias') contra os privilégios econômicos, socioculturais e políticos (ou contra sua fruição em circuito fechado). E levou, em segundo lugar, as classes 'altas' e 'médias' a enrijecer os controles políticos, numa reação de extrema autodefesa, que acabou se institucionalizando (p. 103).

Este padrão autocrático de dominação de classes – expressão de uma estrutura social segregadora – é o que garante a remuneração dual do excedente (dos negócios internos e externos) e a estabilidade da ordem diante da fragilidade econômica intrínseca do capitalismo dependente e do acirramento do conflito de classes no plano internacional e nacional²⁸. A dinâmica de absorção e defesa dos dinamismos externos e de diferenciação social com permanência da segregação é permanente ao longo da história da sociedade dependente, entre os momentos de mudança mais lenta aos mais acelerados (31).

Tais condicionantes gerais são influenciados e, acima de tudo, influenciam **a formação das classes e o padrão de luta de classes** que aqui emerge. Do lado das classes despossuídas, bloqueios à formação de uma classe trabalhadora em si e para si decorrem, em primeiro lugar, do fato de que apenas frações dessas classes são classificadas socialmente reforça tais debilidades, dado que a classificação na ordem (a proletarização) passa a ser enxergada como um privilégio²⁹; e em segundo lugar, as heterogeneidades materiais e culturais impedem a constituição de consciência e solidariedade de classes, daí a fraqueza de suas organizações³⁰. Do lado da burguesia, constitui-se uma classe paradoxalmente

²⁸ De acordo com Fernandes (31), “As vantagens e os privilégios estão na raiz de tudo, pois se as classes burguesas [nacionais e internacionais] realmente 'abrissem' a ordem econômica, social e política perderiam, de uma vez, qualquer possibilidade de manter o capitalismo e preservar a íntima associação existente entre dominação burguesa e monopolização do poder estatal pelos estratos hegemônicos da burguesia” (p. 422)

²⁹ Este aspecto, fundado na existência do enorme contingente populacional que estruturalmente “não cabe” no processo de industrialização (44). Os dinamismos que determinam a configuração da ordem social competitiva sob o capitalismo dependente “convertem a classificação pelo trabalho (e suas implicações socioeconômicas, culturais e políticas) em uma espécie de privilégio degradado, de 'segunda grandeza', que induz os assalariados reais ou potenciais a absorver as ilusões e algumas das expectativas de existência social inerentes à 'condição burguesa'. A proletarização, a mobilidade ocupacional horizontal ou vertical e a profissionalização assumem a aparência de alternativas 'viáveis' e 'eficientes' de solução, em escala individual ou de pequenos grupos, de problemas que a ordem social competitiva não pode resolver em escala coletiva” (pp. 84).

³⁰ “tal padrão de mercantilização do trabalho bloqueia ou dificulta a consciência social de interesses de classe similares, comuns ou equivalentes, e solapa ou enfraquece disposições e motivações que poderiam conduzir a formas mais ou menos

frágil para enfrentar e afirmar-se frente ao capital estrangeiro e ao imperialismo³¹, mas, ao mesmo tempo, forte para impor seus interesses ao conjunto das classes dominadas e manejar os parâmetros e recursos internos de acordo com seus interesses³² (31,44).

Dessa profunda assimetria decorre o funcionamento de um padrão de luta de classes marcado pela intolerância ao conflito, onde uma burguesia unida em torno de interesses comuns utiliza diversos expedientes, da cooptação à repressão aberta, para impedir a emergência dos dominados como força autônoma (31):

Impotentes para compor e superar suas divergências, elas deslocam o foco da unidade de ação, transferindo-o das grandes opções históricas para o da autodefesa coletiva dos interesses materiais comuns, que compartilhavam como e enquanto classes possuidoras. Por isso, pode-se qualificar o padrão de hegemonia burguesa resultante como sendo de uma hegemonia agregada, de simples aglutinação mecânica dos interesses de classe (p. 390).

Daí que o regime político no capitalismo dependente seja sobrecarregado – meio para dirimir conflitos de ordem econômica e social. Sob tais condicionantes, só pode emergir um padrão de dominação burguesa marcada pela unidade de uma classe dominante heterogênea sobre os dominados em torno dos interesses comuns – o “padrão compósito de dominação”³³. Essa verdadeira “onipotência” da burguesia aparece como *necessidade histórica*, condição para estabilizar uma ordem na qual se pretende preservar o passado ao mesmo tempo em ocorre à mudança.

2.3 O desfecho da revolução burguesa no Brasil sob o Imperialismo Total

O contexto histórico em que se acelerou a mudança social no Brasil foi marcado pela desarticulação do Sistema de Divisão Internacional do Trabalho após a 1ª Guerra Mundial e a grande

ativas de solidariedade de classes” (44) (p.84).

³¹ As burguesias dependentes, assim, “tiveram de ceder terreno às evoluções externas do capitalismo, de colocar em segundo plano a revolução nacional e de exercer suas funções de liderança ou de dominação como uma plutocracia compósita, minada a partir de dentro pelos interesses, valores e influências das sociedades hegemônicas” (44).

³² Para Fernandes (31), “a ‘fraqueza’ das burguesias submetidas e identificadas com a dominação imperialista é relativa. Quanto mais se aprofunda a transformação capitalista, mais as nações capitalistas centrais e hegemônicas necessitam de ‘parceiros sólidos’ na periferia dependente e subdesenvolvida – não só de uma burguesia articulada internamente em bases nacionais, mas de uma burguesia bastante forte para saturar todas as funções políticas autodefensivas e repressivas da dominação burguesa” (p. 342).

³³ Este “padrão compósito de hegemonia burguesa”, reside ainda no fato de que a burguesia dependente emergiu como uma *plutocracia*, isto é, como uma “conglomerado de posições, interesses, grupos e subgrupos, formas de solidariedade de classes e orientação básica no uso do poder político [ou seja], o que é compartilhado em comum e se erige em base do superprivilegiamento de classe” (44) (p.106).

crise de 1929. No período seguinte à 2ª Guerra Mundial, conforma-se um novo determinante externo chamado por Florestan Fernandes de “Imperialismo Total”. Trata-se de um período em que o mundo burguês trava uma guerra de vida ou morte face ao bloco soviético e em que o padrão de acumulação de capital é ditado pela expansão do capitalismo estadunidense. A necessidade de assegurar áreas de contenção do avanço do comunismo e a própria lógica do capital engendram uma progressiva transnacionalização do capital. Em suma, para a periferia, o mundo da segunda metade do século 20, será o mundo da consolidação das revoluções burguesas sob a égide do capitalismo dependente (31):

O fim da Segunda Guerra Mundial delimita o início de uma nova era, na qual a luta do capitalismo por sua sobrevivência desenrola-se em todos os continentes, pois onde não existem revoluções socialistas vitoriosas, existem fortes movimentos socialistas ascendentes. Os fatos cruciais, nesta evolução, são a revolução iugoslava, o advento das democracias populares, a revolução chinesa e a revolução cubana. Nessa situação, o controle da periferia passa a ser vital para o ‘mundo capitalista’, não só porque as economias centrais precisam de suas matérias-primas e dos seus dinamismos econômicos para continuarem a crescer, mas também porque nela se achava o último espaço histórico disponível para a expansão do capitalismo (pp. 296-297).

Na periferia capitalista, em particular na latino-americana, o Imperialismo Total opera no sentido de conquistar aliados políticos e abrir espaços de acumulação e mercados consumidores (sob forte competição). Assim se explica, por um lado, a entrada de grande conjunto de empresas transnacionais no Brasil no final dos anos 1950 (em especial com o Plano de Metas sob o governo JK) ³⁴. De outro, o processo reativo de Substituição de Importações, que atingia seus limites técnicos e financeiros, foi aprofundado de forma deliberada pela atração do capital estrangeiro (43).

A aceleração da mudança econômica precipitou o acirramento do conflito social e político. O desequilíbrio econômico e financeiro que representou a industrialização pesada e de bens duráveis, o amadurecimento crescente de organizações de classe e da pressão por reformas e distribuição de renda, os novos interesses estrangeiros, a ameaça representada pelo exemplo cubano, a instabilidade política dos governos Quadros e Goulart, e por fim a reação de “medo-pânico” da burguesia brasileira levou ao golpe da burguesia brasileira operado pelos militares com apoio do imperialismo estadunidense³⁵.

³⁴ Sobre este processo, uma crítica de Caio Prado Júnior (27): “Efetivamente, nosso desenvolvimento econômico, enquadrado no sistema imperialista – e é isso que se propõe com o apelo ao concurso de empreendimentos imperialistas, e que de fato se pautará necessariamente pelos interesses dos trustes aqui instalados que se farão, como acontece já e será cada vez mais o caso, o elemento principal e fator decisivo de nossa economia. São os trustes que fixarão as normas, o ritmo e os limites do desenvolvimento, para eles naturalmente determinados pelo montante de lucros que a economia brasileira é capaz de proporcionar” (pp. 88)

³⁵ A obra de Dreifuss (47) contém longa demonstração empírica de como a burguesia internacional, através tanto das empresas como de órgãos e instituições ligadas a governos, se articularam com setores da burguesia brasileira para ampliar sua

O contexto do Imperialismo Total conformou-se como grande determinante externo das possibilidades da mudança social. Os interesses econômicos dos grandes trustes que passaram a operar por dentro do país e a necessidade de impedir o avanço do comunismo na América Latina foram decisivos para o desfecho do longo processo de revolução burguesa no Brasil. Os imperativos técnicos, econômicos e financeiros das empresas transnacionais (aumento de escala, possibilidades de alargamento das operações, grande liquidez no mercado internacional) na década de 1960 (43) embasaram a necessidade de *aceleração do tempo econômico*. Às necessidades de garantia da expansão dos negócios se combinou a criação de um modelo autocrático de dominação baseado no esvaziamento das potencialidades econômicas e políticas de uma sociedade burguesa. Esta é a particularidade da Revolução Burguesa como uma contrarrevolução (31). Estava inaugurada uma ordem onde o avanço no tempo econômico contrastava com a paralisia do tempo político.

Essa ordem foi possível em grande medida pelos próprios interesses externos, que, ao exigir aliados internos de confiança, lhes concedia margem de manobra para incorporar a modernização com algum controle de seu ritmo e intensidade. A liberdade relativa para negociar os termos de sua dependência definiu a relação da burguesia dependente com a burguesia internacional (20). Este feito foi fundamental para a burguesia dependente manejar os parâmetros internos e conciliar desenvolvimento econômico, dependência e segregação social.

2.4 A ditadura no capitalismo dependente – traços gerais

Sob a nova ordem, alguns traços constitutivos do capitalismo dependente foram exacerbados ao máximo. Dentre eles, serão destacados três que parecem mais relevantes para entender os determinantes gerais da questão social no Brasil no período em questão.

2.4.1. A lógica dos negócios

Desde o início da colonização, o espaço econômico brasileiro nasceu como um grande negócio para a metrópole (Portugal) e assim evoluiu ao longo de sua vida política independente frente às diversas

influência política e ideológica em organizações de classe (empresariais e sindicais), estudantis, femininas, religiosas, e através do que ele chamou de “ação orgânica de classe”. Sua ênfase na ação do empresariado, tanto na preparação do golpe, como no governo golpista, procura demonstrar que a autocracia de 64 tinha, de fato, um caráter burguês. O caso da formação do “complexo IBAD-IPES” e da formação e consolidação da “tecnoburocracia estatal” ilustram esta afirmação. Mais recentemente, o documentário “O dia que durou 21 anos”, do cineasta Camilo Tavares, também aborda esta questão.

potências dominantes (Inglaterra e EUA). Caio Prado Junior mostra que isso nada mais é do que parte do *sentido da colonização*: nossa origem como uma grande empresa colonial nos legou uma economia ligada ao atendimento de necessidades externas e sob o comando de interesses externos. Este autor mostra com muita lucidez e clareza que a relação com a potência dominante ao longo dos tempos apenas reproduz e reinventa tais relações por vários ciclos econômicos (cana-de-açúcar, ouro, algodão, café, borracha e indústria) alcançando o presente (27,48).

Entre a economia brasileira e os interesses internacionais, surge uma burguesia brasileira ligada à exploração de parte desses negócios. Crítico ferrenho da interpretação corrente da esquerda e mesmo de parte do movimento desenvolvimentista, Caio Prado não entende essa burguesia como *nacional*, isso é, estrategicamente vinculada ao mercado e à autonomia nacionais, mas sim ligada aos grandes negócios abertos pelo imperialismo, sejam na agricultura, sejam na indústria, comércio ou serviços. Para ele, sua única diferenciação, de acordo com o nível de envolvimento com os negócios estatais (daí falar em uma *burguesia burocrática* e outra mais *liberal*³⁶) não representava contradição de grande monta com a dominação imperialista³⁷.

Como consequência prática desta interpretação equivocada, o autor destaca a confusão reinante no movimento operário e social, que levou ao que ele chamaria de estratégia desastrosa de aliança com a burguesia brasileira (em especial do segmento burocrático), deixando-o desarmado quando da ocasião do golpe de 1964³⁸. Embora a contradição entre os dois setores da burguesia tenha sido explorada em meio às convulsões políticas que antecederam o golpe, ela nunca se converteu em antagonismo aberto,

³⁶ “Essa diferenciação no seio da burguesia se prende ao papel desempenhado pelo Estado, ou antes, pelo Governo que o encarna, na economia nacional e, em particular, no processo de acumulação de capital através do favorecimento pelo poder público de interesses particulares. (...) O que sobretudo conta e torna o enriquecimento privado à custa e em função do poder público em verdadeira categoria econômica e forma específica de acumulação capitalista de grande vulto, é o fato de se ter constituído na base das atividades e funções estatais toda uma esfera especial de negócios privados proporcionados pelo poder público e sistematicamente promovidos pelos detentores deste poder em benefício próprio e dos indivíduos e grupos a que se ligam e se associam” (27) (p.122).

³⁷ “A penetração do imperialismo na economia brasileira e suas atividades não pode ser para a burguesia brasileira, ou qualquer de seus setores tomados em conjunto, motivo de queixas. Em nenhum outro período da história brasileira como nestes últimos 20 anos [i.e., o 2º pós guerra] em que o capital imperialista literalmente submergiu a nossa economia, a burguesia progrediu mais em seus negócios e mais enriqueceu. E progrediu e enriqueceu precisamente, em boa parte, graças ao reforço, impulso e exemplo que lhe trouxeram os empreendimentos e iniciativas imperialistas” (27) (p. 120).

³⁸ De acordo com Prado Júnior (27), “consumou-se com isso a unificação dessas forças com o capitalismo burocrático, o que de um lado fortaleceu apreciavelmente um setor da burguesia tanto ou mais reacionário que seu concorrente (pelo menos e certamente muito mais perigoso porque embaçado e disfarçado); e de outro lado, embaraçou e perturbou o processo de polarização das forças efetivamente revolucionárias, que se viram envolvidas em alianças espúrias que as comprometem gravemente, lhes tolhem a liberdade de movimentos, e dificultam a determinação de uma linha programática firme, coerente e independente para a ação política revolucionária (...); atadas como se encontravam ao capital burocráticos, sem definição programática precisa, as forças progressistas sucumbiram com o golpe, praticamente sem resistência, porque não contaram no momento decisivo com o apoio e com o concurso ativos de suas bases naturais: o povo trabalhador” (p. 128-129).

dado que a ditadura instalada trataria de garantir espaço do florescimento da maioria dos negócios. Para Caio Prado (49), a particularidade do capitalismo burocrático (e que se constitui no ponto de unificação dos interesses das duas frações da burguesia brasileira) é que “a contribuição do poder público para a formação e a acumulação de capital [ocorre] essencialmente em proveito de interesses privados. São aí antes os benefícios do capital acumulado em mãos do poder público, que vão favorecer tais interesses” (p. 252). Em outras palavras, o Brasil do “milagre econômico” viu que a “finalidade das empresas estatais entre nós, cada vez com mais exclusividade, vem a ser a mesma da empresa privada, isto é, o lucro financeiro, passando gradativamente para um segundo plano, e em seguida para o esquecimento, ou pelo menos acentuada subestimação, o objetivo que deveria ser o seu, o interesse geral, ou pelo menos do sistema capitalista” (p. 254).

Na realidade, a ditadura foi orquestrada pela burguesia brasileira e pelo imperialismo em nome da segurança da continuidade de seus negócios. Assim foram montadas as reformas e a política econômica que se seguiu até atingir o ápice no período do “milagre” brasileiro³⁹, com o objetivo de abrir espaço e garantir a remuneração dos capitais internacionais que buscavam rápida e segura valorização foi sua tônica, sem qualquer preocupação com as consequências danosas típicas da operação livre do capital financeiro, que não plantava raízes em solo nacional. No entanto, a visão de Caio Prado Júnior sobre a Revolução Brasileira como um processo particular e encadeado com a trajetória histórica brasileira, com a finalidade de superar as questões que bloqueiam a formação da sociedade nacional, refuta as fórmulas prontas que grassavam em vários setores, incluído o seu próprio campo, a esquerda marxista (27):

Trata-se, pois, em primeiro lugar, nessa fase que nos encontramos, de reconsiderar atentamente, e sem convicções e atitudes preconcebidas as circunstâncias em que se processa a evolução histórica, social e econômica e social. E procurar aí, e não em esquemas abstratos desligados da realidade brasileira, as forças e os fatores capazes de promoverem as transformações econômicas e sociais imanentes na conjuntura presente. Bem como a natureza, direção e eventual ritmo destas transformações (p. 28).

³⁹ “a política econômica e social do milagroso modelo brasileiro, para dizer dele o melhor, se orientou e soube acomodar o caminho – façamos-lhe esta justiça – para o aproveitamento máximo da especulação que ferveu nestes últimos anos o mundo capitalista, no sentido da promoção da economia brasileira dentro de seu tradicional modelo colonial, não lhe imprimiu, nem cogitou disso, nenhum desvio de seus velhos padrões. Como deixou com isso intactas e em aberto no mesmo pé em que se encontravam as grandes e fundamentais questões que se propõem no Brasil desde longa data, e de cujo equacionamento e solução depende a integração da nação brasileira nos níveis da civilização brasileira deste século em que vivemos” (49).

2.4.2. Modernização dos padrões de consumo

O segundo traço exacerbado foi o da modernização dos padrões de consumo. A modernização, traço típico do subdesenvolvimento conforme explicado por Celso Furtado⁴⁰, tem como origem a dependência ou colonialismo cultural típico das elites latino-americanas. Obcecadas pela mimetização dos meios e padrões de vida dos países centrais, elas se mobilizaram para comandar o excedente econômico de seus países, em contexto de profunda concentração de renda, para viabilizar a importação de toda a sorte de bens de consumo típicos da Europa e do EUA⁴¹. Essa modernização foi possibilitada, inicialmente, pelo excedente gerado pela exportação dos bens primários no contexto da divisão internacional do trabalho⁴². De acordo com Hadler (43), o subdesenvolvimento é:

[...] uma conformação social extremamente precária, marcada por profundas desigualdades, em um padrão antissocial de distribuição de renda. Caracteriza-se pela perpetuação de formas de dominação e marginalização social que deitam raízes em estruturas pré-capitalistas, na formação colonial, e com as quais o setor primário exportador não entra em contradição, posto que seu dinamismo responde à demanda externa, prescindindo da integração social (p. 59).

A continuidade do processo de modernização, posteriormente à crise da divisão internacional do trabalho (DIT) iniciada na década de 1930, foi viabilizada sobretudo por produção industrial interna, daí se falar de uma *substituição de importações* reativa à crise da capacidade de importar. Para Furtado, o

⁴⁰ Furtado (33) sintetiza os antagonismos entre desenvolvimento e subdesenvolvimento da seguinte forma: “a ideia de desenvolvimento possui pelo menos três dimensões: a do incremento de eficácia do sistema social de produção, da satisfação de necessidades elementares da população e da consecução de objetivos a que almejam grupos dominantes de uma sociedade e que competem na utilização de recursos” (p. 16). Já o subdesenvolvimento seria “a subordinação da inventividade técnica aos interesses de reprodução de uma sociedade fortemente inigualitária e de elevado potencial de acumulação (...), parte da população não alcança o nível de renda real necessária para satisfazer o que se considera como sendo necessidades elementares” (p. 18).

⁴¹ De acordo com Furtado (50), “para captar a natureza do subdesenvolvimento, a partir de suas origens históricas, é indispensável focalizar simultaneamente o processo de produção (realocação de recursos dando origem a um excedente adicional e forma de apropriação deste excedente) e o processo de circulação (utilização deste excedente ligada à adoção de novos padrões de consumo copiados de países em que o nível de acumulação é mais alto) os quais, conjuntamente, engendram a dependência cultural que está na base do processo de reprodução das estruturas sociais correspondentes” (p. 80).

⁴² As origens históricas do subdesenvolvimento remontam à formação de uma *estrutura centro-periferia* na segunda metade do século 19. O centro do sistema, isto é, os países que concluíram a revolução industrial, comporta os países que lograram expandir o processo produtivo em um dado período histórico (os anos 70 do século XVIII aos anos 70 do século XIX). Seus antecedentes históricos residem em três processos distintos e relacionados entre si: ampliação e complexificação do núcleo inicial; ocupação dos territórios de clima temperado e de baixa densidade demográfica; por fim, a ampliação dos circuitos comerciais que impôs uma divisão internacional do trabalho” (33). São nestes três processos que reside a capacidade que os países do agora formado centro da economia capitalista tem de introduzir novos produtos no comércio e, com isso, apropriar-se do excedente produzido nas demais partes do sistema, através do que a tradição cepalina chama de *deterioração dos termos de troca*.

problema da substituição de importações era seu caráter ambíguo. Ao constituir crescente industrialização, lançava bases para a superação do subdesenvolvimento – entendido como a assimetria entre um padrão de consumo diversificado e um padrão produtivo especializado. Mas, por ser um processo reativo e mobilizado pela modernização dos padrões de consumo, tendia necessariamente a reproduzir uma indústria *inadequada* às necessidades e possibilidades da periferia – posto que produzia bens projetados para rendas *per capita* algumas vezes superiores e que acabava por implementar uma tecnologia altamente capitalizada, poupadora de mão de obra (35):

“A verdade é que o processo de modernização, isto é, a assimilação do progresso tecnológico nos padrões de consumo, já alcançou elevado nível – pelo menos no que respeita a uma minoria da população – e continua a avançar rapidamente. Para acompanhar esse avanço a industrialização deve apoiar-se em intensa capitalização, o que não se compatibiliza facilmente com o nível médio de renda de um país subdesenvolvido. A solução que se tem encontrado consiste, na prática, em realizar a industrialização em benefício de uma minoria da população, o que, salvo em casos excepcionais, restringe as dimensões do mercado, com reflexos negativos na produtividade industrial”.

(...)

A estrutura industrial brasileira teve de adaptar-se, desde o início, a um perfil de demanda caracterizado por um desnível considerável entre os padrões de consumo da massa e os de uma pequena minoria; em razão da oferta totalmente elástica de mão de obra, os incrementos de produtividade engendrados pelo progresso técnico e pelas economias de escala puseram em funcionamento um mecanismo adicional de concentração de renda; como o poder de compra realmente em expansão era o dos grupos de altas rendas, o desenvolvimento tendeu a assumir toda a forma de introdução de novos produtos e diversificação do consumo; a concentração de renda, ao entorpecer o processo de difusão do benefício de diversificação, tende a repercutir negativamente na taxa de crescimento (pp. 11 e 30).

Com a entrada das empresas estrangeiras, portadoras da nova ordem transnacional em emergência, no Brasil representou a internalização definitiva deste padrão de indústria no Brasil e a perpetuação dos desequilíbrios citados⁴³.

⁴³ Segundo HADLER (43), duas considerações gerais precisam ser feitas. Em primeiro lugar, o padrão de desenvolvimento das empresas transnacionais é singular por comportar “novas formas de produção e concentração, [um] padrão tecnológico apoiado em elevada capitalização, novas tecnologias, e progresso técnico [baseado] na sofisticação ininterrupta dos padrões de consumo e sua homogeneização” (p. 152). Em segundo lugar, as transnacionais repõem o problema da modernização em um patamar superior, pois são vetores de *padrões culturais* provenientes do centro capitalista. Dentro de um ritmo acelerado de produção de novos bens de consumo, possibilitado pela 3ª Revolução Industrial, a nova modernização requer necessariamente os bens de consumo produzidos pelas transnacionais.

A partir da ditadura, a política econômica foi mobilizada em função dos interesses das empresas transnacionais e da viabilização da modernização dos padrões de consumo típicas de seu padrão tecnológico importado. As reformas estruturais viabilizadas pela ditadura responderam, então, a tais necessidades. Tratou, então, de concentrar a renda e canalizá-la para o consumo dos bens duráveis, consolidar o papel do Estado de garantir a infraestrutura e a os bens intermediários necessários, sem falar no suporte às atividades exportadoras, capazes de acumular divisas necessárias ao esforço industrializante cada vez mais oneroso e à realização dos lucros e juros do capital transnacional, além de estimular a criação de um mercado de capitais (50):

Considerando o sistema industrial como um todo, percebemos que as grandes empresas controlam as atividades que se baseiam principalmente no progresso técnico (as atividades nas quais o fluxo de novos produtos é intenso, a saber, a produção de bens de consumo duráveis e equipamentos em geral). O Estado tem uma importante participação nas indústrias produtoras de bens intermediários, e os capitalistas locais controlam uma boa parte das indústrias produtoras de bens de consumo não duráveis. (...) Entretanto, é importante enfatizar que o dinamismo do sistema repousa sobre a intensidade de transmissão de progresso técnico, na forma em que é visualizado pelas grandes empresas controladas do centro (p. 105).

A crítica de Furtado ,então, leva a revelação da *inadequação* da industrialização, a qual levou a taxas assombrosas de crescimento, mas que se apoiou no aprofundamento da concentração funcional, pessoal e regional da renda. Sob o comando das transnacionais, a industrialização não poderia conduzir ao desenvolvimento, mas somente perpetuar a modernização acelerada dos padrões de consumo e o caráter antissocial do capitalismo subdesenvolvido (51):

[...] a evolução das estruturas sociais, refletida na concentração de renda, denunciava aspectos ainda mais negativos da orientação tomada pelo desenvolvimento. Ao contrário do que pretendia a escola de pensamento dominante, a concentração de renda não produziu elevação da propensão a poupar entre seus beneficiários. Significou, sim, uma transferência de recursos de consumidores de baixo nível de vida para consumidores de rendas médias e altas, traduzindo-se em modificação da cesta de bens de consumo em benefício dos bens mais sofisticados e menos essenciais. (...) Poucas vezes ter-se-á imposto a um povo um modelo de desenvolvimento de caráter tão antissocial (p. 42).

2.4.3 Desenvolvimento desigual e combinado

Traço essencial do uma economia periférica como o capitalismo dependente, o desenvolvimento

desigual e combinado foi levado ao paroxismo na ditadura inaugurada em 1964. Uma vez estabelecido o padrão de dominação autocrático e dadas as condições de negociação dos sócios locais frente ao grande capital e ao imperialismo, foi possível acelerar a mudança econômica e congelar dentro das possibilidades da ordem a mudança social e suas consequências políticas (31):

“Os requisitos políticos do desenvolvimento econômico sob o capitalismo monopolista dependente exigem um tão elevado grau de estabilidade política (...) que só uma extrema concentração do poder político estatal é capaz de garantir. Doutro lado, nos momentos mais críticos da transição, que ainda não foram vencidos, operou-se uma dissociação acentuada entre desenvolvimento econômico e desenvolvimento político” (pp.312 – 313).

Goçando de prestígio frente aos sócios estrangeiros e de capacidade política praticamente irrestrita de manipular as variáveis internas, a burguesia dependente pôde efetuar reformas estruturais capazes de ampliar a capacidade de o espaço econômico nacional viabilizar a incorporação da modernização (50). Em especial, tratava-se de conciliar a modernização dos padrões de vida de sua elite e de pequena parcela dos assalariados classificados socialmente com um crescimento econômico capaz de criar um movimento permanente de sensação de ascensão social que viabilizasse a legitimação do regime (31). Daí que o sucesso do “Milagre” tenha sido o ápice do regime e que a sua crise, o início da perda de controle do regime sobre a mudança social.

Florestan Fernandes explica que a relação entre o moderno e o atraso, indissociavelmente combinados, acaba repondo os problemas do passado em novos termos. Daí acreditar que a aceleração do tempo econômico necessariamente levaria a uma nova rodada de diferenciação social que, ao exacerbar a desigualdade e plantar a formação de uma crescente classe operária criaria as condições para questionar a paralisia do tempo político⁴⁴. E, dessa forma, sua crença na capacidade de subversão da ordem por uma revolução tipicamente proletária, que exige, porém, tempo suficiente para amadurecimento em curso das transformações detonadas pela incorporação do moderno, em especial no que diz respeito à consolidação da classe como segmento social e como agente político⁴⁵.

⁴⁴ “A aceleração do desenvolvimento econômico (...) tende a convulsionar, a médio e longo prazos, todo o sistema de classes sociais. As alterações bruscas que se delineiam afetam tanto as condições de diferenciação e reintegração de classes (e, note-se, de todas as classes) quanto as suas relações de acomodação, competição e conflito entre si” (31).

⁴⁵ “O proletariado cresce com a consciência de que tem de tomar tudo com as próprias mãos, e, a médio prazo, aprende que deve passar tão depressa possível da condição de fiel da ‘democracia burguesa’ para fator de uma democracia da maioria, isto é, uma democracia popular ou operária” (52).

2.5 Questão social na ditadura e a lógica da mitigação

Após o golpe, expurgadas as oposições, o governo ditatorial ainda se via diante de diversos desafios. Embora afastadas do plano político, as demandas dos diversos setores sociais dominados, expressão da herança colonial e das mazelas do subdesenvolvimento, eram impossíveis de ser escondidas. Caberia ao novo regime dar conta de questões como as seguintes.

A questão do *trabalho*, central no período de agudização da luta de classe pré-64 e que já não contava com a formação de entidades autônomas de classe em pugna contra o oficialismo sindical do chamado período populista, era caracterizada: pelo baixo grau de especialização do trabalho; pela baixa incorporação da força de trabalho ao mercado de trabalho industrial; pela tendência ao desemprego estrutural; pela política de arrocho salarial, em especial nos postos de menor qualificação, cujos efeitos de compressão sobre a renda familiar foram minorados pela entrada das mulheres no mercado de trabalho assalariado; pelas precaríssimas condições dos trabalhadores em geral, em especial do campo; pelo elevado grau de *concentração de renda* – fruto, da tendência centrípeta do subdesenvolvimento, bem como pela política econômica dos primeiros anos da ditadura. Embora temporariamente contidas, estas pressões certamente (ao menos para os espíritos mais ilustrados e sensatos do novo *establishment*) poderiam ser sentidas em um momento futuro, caso não se colocasse em marcha alguma forma de lidar com elas. Este cenário trazia consigo a *desnutrição* como fantasma a assombrar a vida de pobres urbanos e rurais.

A rapidez e a intensidade do processo de industrialização, promovido pelo elevado grau de incorporação técnica e de capitais, promoveu uma *urbanização* muito mais acelerada que a assistida, por exemplo, na Europa. O censo de 1970 foi o primeiro a captar a preponderância da população urbana sobre a rural. Foi como se, no curto intervalo de pouco mais de 30 anos, ao sombrio mundo de Oliver Twist chegassem os Fabianos e as Macabéas. O resultado foi a explosão no número de brasileiros vivendo em favelas recém-construídas, caracterizadas pela ausência de fornecimento de água, saneamento, precárias condições de transporte, superlotação de moradias, entre outras mazelas. Novidade para aqueles tempos, o trânsito já começava a assustar os moradores das grandes cidades inchadas. Cidades médias, de ares antes interioranos como Campinas, Betim ou Londrina, viram sua população mais que dobrar em intervalos curtos como de dez anos⁴⁶.

⁴⁶ Dados e relatos muito interessantes a este respeito podem ser encontrados na edição especial da revista “Realidade”, de maio de 1972, cujo título “Nossas Cidades” expõem (de forma surpreendente para este pesquisador, acostumado com o

Outro exemplo de desdobramento da questão social é a *educação*. De um lado, um contingente grande de trabalhadores afluía às cidades. De outro, havia uma necessidade restrita de mão de obra qualificada, que ainda assim não conseguia ser atendida pelo sistema educacional.

É neste cenário que devem ser compreendidas as duas principais rodadas de abordagem da *questão social* durante a ditadura. A primeira, entre 1964-1966, formou as bases do que viriam a ser as políticas sociais que abriram caminho não apenas para o “milagre econômico”, mas de uma reforma geral do aparelho estatal cujos efeitos se fazem sentir até hoje. A segunda, em 1974, no bojo do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), foi uma tentativa de correção de rumos, ao se voltar, ao menos no plano discursivo, para a questão social.

Durante o início do governo Castelo Branco (1964), é dado início ao Programa de Ação Econômica do Governo (PAEG), que irá realizar um diagnóstico do aparelho de Estado e desencadear uma série de medidas com os objetivos declarados de: a) acelerar o ritmo de desenvolvimento econômico; b) conter o processo inflacionário então em curso; c) atenuar as desigualdades sociais e regionais, através da melhoria das condições de vida; d) assegurar oportunidades de emprego; e) corrigir a tendência aos déficits na balança de pagamentos. Em virtude disso, o governo reformulou as políticas financeira, tributária, cambial, salarial, educacional, habitacional, previdenciária, entre outras (53) (pp. 231-232).

Dentre estes aspectos, a *reforma do sistema financeiro*, por exemplo, foi fundamental para o processo de concentração de renda que impulsionou a nova rodada de modernização dos padrões de consumo (35). Os novos instrumentos creditícios, introdução da correção monetária, a conformação de um mercado de capitais, da criação de novos mecanismos de poupança compulsória – como o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), entre outras medidas, são exemplos da ação governamental orientada a este fim (54).

Outro mecanismo crucial para as finalidades do governo autocrático foi a *reforma tributária*. Com os objetivos de aumentar a carga tributária (e assim combater o déficit público), modernizar o sistema, centralizar a arrecadação na esfera federal e reduzir as disparidades sociais e regionais, não cabem dúvidas de que os três primeiros objetivos foram cumpridos⁴⁷. De outro lado, não apenas pela

cenário editorial do Brasil de hoje) um quadro bastante realista do problema urbano (e, de forma simétrica, da questão rural) no auge do “milagre econômico”. Uma mera paráfrase de citação atribuída ao general-presidente Médici, num título de reportagem, dá a tônica da edição: “A economia vai bem, mas nossas cidades vão mal”.

⁴⁷ A carga tributária bruta se expandiu de 18% em 1963, para a média de 25,2% entre 1973-75; a centralização desta nos impostos federais; por fim, a extinção de diversos impostos indiretos, substituídos por impostos que incidiam sobre o valor agregado (como IPI e ICM), bem como o relevo maior adquirido pelo imposto de renda atestam a modernização do sistema.

criação de novos impostos indiretos, como pelo fracasso de tornar o imposto de renda o principal eixo da política tributária, o fato é que a carga tributária, durante os governos Costa e Silva e Médici, foi adquirindo um caráter regressivo⁴⁸, que persiste até hoje. Além disso, as referidas intenções de reduzir as disparidades regionais agravaram os problemas fiscais de estados e municípios, pois aumentou muito a concentração, nas mãos da União, dos recursos tributários, o que aumentou a submissão dos primeiros às vontades políticas da última⁴⁹ (55).

A *política operária*, vista em conjunto, englobava as políticas previdenciária, de saúde, habitacional, entre outras, sendo fundamentalmente a *política salarial* seu elemento básico. Imbuídos de extirpar o “trabalhismo paternalista” ou “demagógico” do período anterior, o governo instaurou, de um lado, a célebre política de arrocho salarial, que levou a uma queda de 31,5% no salário médio mensal real entre 1964 e 1969⁵⁰ (53) (p. 279). De outro lado, o enquadramento do direito à greve na Lei de Segurança Nacional, o fim da estabilidade no trabalho (sacramentada pela lei que criou o FGTS), bem como as reformulações da previdência, formaram a linha de frente do combate que o governo autoritário fazia à “democracia clássica ou liberal” em detrimento de uma nova forma de “democracia social”.

Esta cruzada democrata também atingiu o movimento sindical: se antes servia como canal de articulação das classes dominadas com a elite assenhoreada do Estado, este deveria agora se submeter à política de “distribuição de “benefícios indiretos”⁵¹ à classe operária” (53), desmontando seu papel político do período pré-64. O objetivo declarado desta mudança (arrocho salarial em troca de benefícios indiretos) seria pilar no combate ao “paternalismo” do período populista. Sumariamente, segundo Ianni (53), a política salarial (como esteio da política operária) favoreceu a consolidação de uma relação, em termos econômicos, ainda mais desfavorável aos trabalhadores assalariados frente aos patrões.

Em relação aos chamados “benefícios indiretos”, destaque-se, por exemplo, a *questão*

(55)

⁴⁸ Com a maior parte dos impostos incidindo sobre o consumo (impostos indiretos), correspondendo a tributação sobre a renda e sobre a propriedade (impostos diretos) parcela menor, estava montado o quadro da regressividade. Em 1970, 84,9% de todos a arrecadação federal e estadual provinha de impostos indiretos, sobrando 15,1% aos diretos. O estudo de Oliveira (55), às páginas 75 – 82, expõe de forma minuciosa os dados.

⁴⁹ No que diz respeito à distribuição da receita tributária, a União dispunha, em 1965, de 50,5% do total; os Estados, 42,6% e os Municípios, 6,8%. As proporções, em 1975, são de, respectivamente, 58,9%, 37,0%, 4,1%. Após as transferências, as proporções demonstram ainda mais concentração nas mãos da União: Em 1965, ela detém 39,0% dos recursos efetivamente disponíveis, os Estados 48,1% e os Municípios, 12,9%. No ano de 1975, as proporções são as seguintes: União, 50,3%, Estados, 36,0% e Municípios, 13,7% (55).

⁵⁰ Furtado (50) afirma ainda que os ganhos de produtividade do trabalho não foram repassados para os salários. Os dados apresentados por Pochman (56) demonstram que mesmo operários qualificados tiveram reajustes abaixo dos incrementos de produtividade, movimento que foi muito pior para técnicos não qualificados.

⁵¹ Citação de artigo do então ministro Delfim Netto, citada por Ianni (53): “A política de transferência de renda pelo aumento do salário indireto (educação, saúde, assistência social) prosseguirá seu curso, sem prejuízo da política inflacionária” (p. 106).

habitacional, peça chave no controle das tensões geradas pela urbanização acelerada. A criação, em 1964, da Política Nacional de Habitação, do Banco Nacional de Habitação e do Serviço Nacional de Habitação, e, finalmente, a partir de 1968, com o Sistema Financeiro da Habitação (impulsionado pelos fundos públicos criados com o FGTS), sacramentaram uma política habitacional que excluía os assalariados pobres, restringindo as opções de financiamento pelo SFH às camadas mais abastadas da população brasileira. (54). O “benefício indireto” que nos interessa, a Previdência e Saúde, será tratado adiante.

O segundo momento, representado pelo ano de 1974, o Brasil já vivia a ressaca dos anos dourados do “milagre econômico”. A deterioração da situação econômica, a derrota do partido governista para a oposição consentida e uma degradação nas condições de vida (explícitas nos quebra-quebras dos trens metropolitanos em SP e no RJ ou mesmo nas epidemias de meningite de 1973-1974), obrigaram o bloco dirigente a reagir. Segundo Bravo (57),

[...] com a perda de legitimidade do regime e o crescimento das demandas, as contradições de classe também se inserem no seio do Estado, através da divisão interna de sua burocracia, havendo setores voltados para questões empresariais e os voltados para a **questão social**. (...) A intervenção estatal sobre a questão social, no governo Geisel, explicitou uma crise em face da omissão ou inoperância do Estado perante as problemáticas sociais no período pós-64 (p.70).

O discurso oficial do governo, ao editar o II PND, não poderia ser mais explícito quanto à falência da “política social” levada a cabo por seus antecessores:

O governo não aceita a colocação de esperar que o crescimento econômico, por si só, resolva o problema da distribuição de renda (...). A verdade é que, de um lado, o crescimento não pode resolver o problema da adequada distribuição de renda, se deixado à simples evolução dos fatores do mercado. E, de outro, a solução através do crescimento, apenas, pode demorar muito mais do que a consciência social admite, em termos de necessidade de melhorar rapidamente o nível de bem estar de amplas camadas da população. (54).

As medidas adotadas, segundo Fagnani, visariam corrigir a baixa efetividade das políticas sociais, além de racionalizar o aparato administrativo, cujas opções da época áurea do “Milagre” conduziram a descontroles orçamentários pelos altos custos dos programas. A criação do Conselho de Desenvolvimento Social e do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social viria neste sentido, mas o primeiro logo seria extinto e o segundo, como se verá no segundo capítulo, foi completamente

desvirtuado.

Ainda segundo este autor, as medidas referentes à questão social, foram, em larga medida, tentativa de reformar as políticas existentes, além de incorporar novas questões (referentes à suplementação nutricional e ao transporte urbano). Com relação à política habitacional, ampliou-se a faixa salarial (a partir de três salários mínimos) para a qual seriam abertas possibilidades de financiamento. No que diz respeito à educação, o autor afirma que as mudanças tiveram alcance irrisório. Este cenário realça o balanço das obras consultadas (54,57) que o II PND não foi capaz de mudar as tendências gerais das políticas delineadas na segunda metade da década anterior. Ambos autores destacam o papel político positivo, para o regime, que poderia cumprir uma maior “abertura” a setores mais consequentes com a questão social, para minimizar as pressões pela distensão que começavam a emergir – e que foram expressas, por exemplo, pela derrota da ARENA nas eleições de 1974.

A lógica das políticas adotadas pelo regime tem um sentido tendencial: mitigar as tensões sociais, garantir o processo de acumulação dirigido pelo capital internacional e ampliar o espaço para os negócios – o que incluiu os sócios menores (como é o caso, por exemplo, do setor imobiliário). Em nenhum dos exemplos trazidos, a lógica de distribuição dos “benefícios” correspondia a concessão de direitos universais. Mesmo nos casos de franca expansão, como no caso do sistema de educação superior (58) ou do crédito habitacional, este não fugia do padrão descrito no início do parágrafo.

2.6 Síntese

As modificações do modo de produção capitalista em escala mundial, com a ampla hegemonia das empresas transnacionais e do imperialismo estadunidense, na prática inviabilizaram as bases objetivas para o projeto de desenvolvimento nacional capitalista. Por outro lado, o processo de ação política que desfechou o golpe de 1964, ao concluir a objetivação da Revolução Burguesa no Brasil como uma contrarrevolução dirigida contra seu próprio povo, acabou por trocar o horizonte da emancipação da sociedade nacional – utopia burguesa dos séculos XVIII e XIX que ainda ecoava no Brasil da década de 1960 – pelo da “autodefesa coletiva dos interesses materiais comuns” e por uma história em *circuito fechado*, em que o início e o fim são o mesmo capitalismo dependente, antissocial e antinacional. Ao trocar seu direito de primogenitura pelo papel de sócia menor do imperialismo, a burguesia brasileira acatou a interrupção do processo de formação nacional. É dela que provém a *opção*

interna “por um tipo de capitalismo que imola a sociedade brasileira às iniquidades do desenvolvimento desigual interno e da dominação imperialista externa” (31). É neste sentido que desabam as bases objetivas e subjetivas para afirmar o desenvolvimento como um projeto que consiga compatibilizar capitalismo, democracia e soberania nacional (20).

Isto não quer dizer que esteja decretada a morte da política, ou o fim da história anunciado com 25 anos de antecedência da declaração oficial de Fukuyama. A ação política da burguesia, ou, melhor, do bloco de poder, é o fator decisivo que dá sobrevida ao capitalismo dependente⁵². Por conta de sua fragilidade econômica, é precisamente no terreno político que se fez garantir tanto a viabilidade da expansão capitalista na periferia quanto o combate à revolução mundial.

É esta ação política, que confere estabilidade e dá o sentido da mudança à ordem capitalista no Brasil, que diferencia o capitalismo dependente brasileiro de um capitalismo neocolonial. A formação do Estado Nacional, no Brasil, longe de ser incompleta ou “frustrada”, é “*o modelo típico de Estado capitalista moderno na forma em que pode surgir na periferia*” (31). A fragilidade da burguesia ante os ritmos históricos provindos de fora, a natureza do poder burguês e o padrão compósito de hegemonia burguesa, em nossa formação social resultam em:

[...] um tipo especial de impotência burguesa, que faz convergir para o Estado nacional o núcleo do poder de decisão e de atuação da burguesia. O que esta não pode fazer na esfera privada tenta conseguir utilizando, como sua base de ação estratégica, a maquinaria, os recursos e o poder do Estado. [...] O padrão de dominação de classe e de solidariedade de classe descrito facilitava semelhante composição pela qual as classes burguesas aliavam-se entre si, em um plano mais alto, convertendo a mencionada impotência em seu reverso, em uma força relativamente incontrolável (pelas demais classes e pelas pressões imperialistas). [...] Portanto, o Estado Nacional não é uma peça contingente ou secundária deste padrão de dominação burguesa. Ele está no cerne de sua existência (pp. 357 - 358).

A natureza do Estado burguês no Brasil, onde o processo de mudança social precisa necessariamente combinar modernidade e atraso, é, para o autor, “complexo e heterogêneo, que contém várias camadas históricas”, desde as influências absolutistas da antiga metrópole, passando pelos *mores* oligárquicos, pelo liberalismo republicano, chegando ao despotismo militar e tecnocrático. O papel catalisador do Estado em relação ao padrão de conciliação dos diversos setores da burguesia brasileira, fundamental para aglutinar os interesses compósitos, é permanentemente reciclado. O Estado autocrático, do ponto de vista classista, não representa uma ruptura com o do período anterior.

⁵² “O capitalismo dependente é um capitalismo selvagem e difícil, cuja viabilidade se decide, com frequência, por meios políticos e no terreno político” (31).

Pelo contrário, sua capacidade de absorver diversas pressões, e de maneiras distintas em diferentes períodos (como na forma em que o trato com a questão social mudou para permanecer a mesma coisa, entre 1966 e 1974) tem raízes antiquíssimas, para padrões brasileiros. A formação da burguesia brasileira e a formação do Estado foram processos concomitantes e mutuamente determinados que permitiram à primeira superar, no que era possível dentro dos limites do capitalismo dependente, suas debilidades congênicas e de fato se afirmar como o setor social totipotente para afirmar sua vontade perante os demais.

O “intervencionismo estatal” do período em questão, que pode levar a superestimar a autonomia relativa do Estado frente à classe que o dirige, não pode esconder o fato de que este intervencionismo é peculiar: “Controlado, em última instância, pela iniciativa privada, ele se abre, num polo, na direção de um capitalismo dirigido pelo Estado, e, em outro, na direção de um Estado autoritário” (31) (p. 402). Trata-se de um “*Estado nacional sincrético*”, que combina certos aspectos de um sistema representativo e pluralista, com o conteúdo de uma dominação oligárquica, que combina traços arcaicos (paternalistas e tradicionalistas) com as modernas técnicas de coação, violência e repressão (p. 406). Nele, as (frágeis) instituições democráticas só são utilizadas por aqueles que monopolizam o poder político⁵³.

A questão da relação do Estado com a sociedade civil, para Florestan, é expressa pela discussão feita no item 2.4. Em uma sociedade na qual a classe dominante procura congelar a história, o enorme desequilíbrio na correlação de força entre a burguesia e “os de baixo”, o que se convencionou chamar de sociedade civil é o tempo inteiro manipulado pelo polo burguês para que permaneça impermeável à ascensão dos “de baixo”. O monolitismo da ordem burguesa no Brasil não implica, para a perspectiva adotada aqui, que o circuito fechado seja eternamente reproduzível. Nas conclusões de seu monumental trabalho, Florestan Fernandes antevê as tendências de rebelião dos de baixo, à medida que a instabilidade da ordem – e a incapacidade da burguesia manipular eternamente as variáveis econômicas, políticas e sociais internas – podem abrir espaço à superação do capitalismo dependente.

A peculiaridade da formação brasileira, portanto, em nada se parece a uma *via prussiana* de desenvolvimento capitalista, como aventada no pensamento político brasileiro (59,60). As vias não clássicas (isto é, sem parencas com França ou EUA) não se resumem a uma repetição, mais ou menos

⁵³ “O Estado se diferencia, e ao mesmo tempo, sua estrutura constitucional e funcional de uma maneira tal que fica patente, ou se pratica, rotineiramente, uma democracia restrita, ou que se nega a democracia. Ele é, literalmente, um Estado autocrático e oligárquico. Preserva estruturas e funções democráticas, mas para os que monopolizam simultaneamente poder econômico, o poder social e o poder político, e usam o Estado exatamente para criar e manter uma dualidade intrínseca da ordem legal e política, graças à qual o que é oligarquia e opressão para uma maioria submetida, é automaticamente democracia e liberdade para a minoria dominante” (p. 406)

filtrada, do processo de Revolução Burguesa na Alemanha do século 19. Longe de querer esgotar este debate aqui, por não se tratar do escopo da discussão, a proposta de taxonomia para o caso brasileiro – via colonial – feita por Chasin (61) ⁵⁴ faz mais sentido.

A perspectiva adotada aqui não concorda com a existência de um Welfare State, de “consolidação institucional e expansão massiva” no período estudado (59). Seja pelas profundas diferenças no processo de formação com as nações onde de fato havia um Estado de Bem-Estar Social, seja pela situação de *extremo mal-estar social* vivido pela população brasileira no período (desemprego estrutural; déficit habitacional; direitos mínimos negados) em contraposição à vivida pelos operários daquelas nações; seja pela premissa necessária para aquela perspectiva de que o capitalismo brasileiro seria autodeterminado⁵⁵, a rejeição a este termo de debate não exclui o fato de que algumas instituições coetâneas ao WS tenham chegado ao Brasil, como um arcabouço de *sistema* previdenciário. A absorção de instituições econômicas, políticas e culturais, próprias da evolução do capitalismo central é constante no processo de formação (32). A questão é que isto, por si só, não demonstrou ser capaz de alterar o curso da permanente reposição da dupla articulação. Por fim, a adoção da perspectiva da *questão social*, em detrimento da suposta existência do Welfare State, procura dar suporte teórico e metodológico para a compreensão de que forma as tensões sociais geradas pela evolução do capitalismo dependente e do subdesenvolvimento foram trabalhadas pelo bloco dirigente.

⁵⁴ “a conexão que se está indicando situa-se no plano de certas determinações gerais, de algumas abstrações operadas em relação ao concreto da particularidade do caminho prussiano. Assim, irrecusavelmente, tanto no Brasil quanto na Alemanha a grande propriedade rural é presença decisiva; de igual modo, o reformismo pelo “alto” caracterizou os processos de modernização de ambos, impondo-se, desde logo, uma solução conciliadora no plano político imediato, que exclui as rupturas superadoras, nas quais as classes subordinadas influiriam, fazendo valer seu peso específico, o que abriria a possibilidade de alterações mais harmônicas entre as distintas partes do social. Também nos dois casos o desenvolvimento das forças produtivas é mais lento, e a implantação e a progressão da indústria, isto é, do “verdadeiro capitalismo”, do modo de produção especificamente capitalista, é retardatária, tardia, sofrendo obstaculizações e refreamentos decorrentes da resistência de forças contrárias e adversas. Em síntese, num e noutro casos, verifica-se, para usar novamente uma fórmula muito feliz, nesta sumaríssima indicação do problema, que o novo paga alto tributo ao velho” (61) (pp. 43-44).

⁵⁵ Esta interpretação da evolução do capitalismo brasileiro encontra-se em “O capitalismo tardio” (MELLO, 1975)

PARTE II
DITADURA E SAÚDE

“Chegaram no quarto, bateram na porta e como ninguém respondesse, foram entrando. Ali estava o Noel, deitado, olhos fechados, respiração estertorosa – morrendo. Os generais, consternados, não sabiam o que fazer. O que é que podiam cinco generais fazer ao redor de um moribundo? Nada. Olhavam, simplesmente. E esperavam que alguma coisa acontecesse.

Aconteceu. De repente o Noel abriu os olhos. Abriu os olhos e olhou os militares. Os dois que estavam a oeste da cama, os dois que estavam a leste, o que estava ao sul – ao norte não havia general algum, faltava general para o norte, e mesmo que houvesse, de nada adiantaria, ao norte a cama estava encostada na parede, nenhum espaço sobraria para um general, por magro que fosse; olhou todos os generais, um por um, com aquele olhar debochado dele. Um dos generais perguntou como ele estava. E o Noel, que, mesmo morrendo, continuava o gozador de sempre, respondeu: estou como o Brasil, na merda e cercado de generais.” Moacyr Scliar, A Majestade do Xingu

“Os motivos de nossas deficiências são vários, sobressaindo entre eles, porém, a tentativa que fizemos de aplicar, em nossas áreas, esquemas de trabalho calcados nos outros países, sem levar em conta as profundas diferenças econômico-sociais” Mário Magalhães da Silveira

Os anos 60 e 70 do século passado, momento do amadurecimento e consolidação da Revolução Burguesa no Brasil, assistiram a fenômenos no plano social que expressam o amadurecimento do capitalismo nas condições de dependência. Os fenômenos gêmeos de urbanização e industrialização atingem um patamar superior, mas com peculiaridades próprias, como vimos anteriormente. No plano da questão da saúde, as mudanças do papel da previdência social, esteio principal de um aparelho de assistência individual à saúde, também expressam o fim do ciclo populista e inauguram uma nova etapa no campo da saúde individual (ou curativa). De outro lado, o mercado de bens de consumo a partir da qual, também, se estruturam a organização do trabalho em saúde – ou o *modo de produção de serviços de saúde* (12). Assim, nesta parte se procurará compreender o sentido da mudança no que diz respeito à questão da saúde, entendida como um processo determinado socialmente, expressão concreta do capitalismo dependente no Brasil e das contradições entre as classes sociais. Um desafio será explicar o *aparente paradoxo entre o crescimento*, tanto em volume de recursos, como em extensão de serviços, como em população atendida, *do aparelho previdenciário e demais serviços de saúde num contexto de ditadura do grande capital*. Esta trilha é fundamental para entender a natureza da questão social nos marcos do regime de 64 e a saúde.

Estudar a história da questão da saúde no Brasil passa pela compreensão da formação de ao menos dois aparelhos estatais: o mais antigo, representado pelo que a partir de 1953 seria o Ministério da Saúde, desde suas origens ligado a ações pontuais, tanto no que tange à abrangência, digamos, epidemiológica das ações, como no que diz respeito à distribuição geográfica de sua atuação. Do outro lado, o aparelho previdenciário, baseado no modelo de seguro saúde bismarckiano, que tem crescente relevância, em especial após a ditadura, no que diz respeito à assistência individual à saúde.

Este capítulo estará dividido em três partes: na primeira, realizar um breve resgate sobre o reformismo polarizado pelo *sanitarismo desenvolvimentista* pré-64; a segunda será uma breve introdução sobre a natureza desigual e combinada da situação de saúde do povo brasileiro; a terceira, realizar um estudo sobre a *contrarreforma da saúde* levada a cabo pelo regime de 1º de abril; por fim, retomar o fio da meada da evolução histórica brasileira e entabular uma breve reflexão a respeito do novo reformismo que se insinuava no período e que viria a ser conhecido como a Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

CAPÍTULO 3
ANTECEDENTES DA LUTA PELA REFORMA DA SAÚDE

3.1 Do Império a JK

A importância da questão da saúde na formação brasileira remonta⁵⁶ à formação do Estado Nacional, iniciado a partir da fuga da Família Real portuguesa para o Brasil, em 1808, quando surgem os primeiros cursos de medicina (Bahia e Rio de Janeiro), bem como cargos fiscalizadores e disciplinadores da prática médica (Fiscatura-Mor) e de garantia de condições de salubridade na Corte (Provedoria-Mor). Após a emancipação, surgem as primeiras agremiações médicas. Em meados do século, começam a surgir diversos surtos e epidemias, em especial de febre amarela (o primeiro registro que se tem notícia na sociedade colonial data do século XVII), mas também de varíola⁵⁷. Em 1846, a Junta Vacínica⁵⁸ da corte é transformada em Instituto Vacínico do Império, e uma incipiente polícia médica foi criada entre 1849 e 1851: a Junta Central de Higiene Pública⁵⁹. Estes órgãos foram reformados e unificados, em 1886, no Conselho Superior de Saúde Pública, composto, por sua vez, pela Inspetoria Geral de Higiene (responsável pela higiene terrestre, principalmente da capital), e pela Inspetoria de Saúde dos Portos, responsável por medidas referentes ao isolamento de doentes e quarentena de navios suspeitos. Neste contexto que se explica a criação, em 1900, do Instituto Soroterápico Federal, com a finalidade de produção de soros e vacinas. Por fim, em 1896, nova reforma cria a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), que além de cuidar dos serviços sanitários portuários, fiscalizava o exercício profissional, bem como prestar auxílio aos estados em momentos de epidemias. Assim, o caráter das instituições sanitárias do país: focada nos grandes centros urbanos, também priorizavam os portos, por onde saíam os produtos agrícolas e por onde afluíam os grandes contingentes de imigrantes, e de ação ocasional, em resposta a uma demanda de crise. Aos Estados e Municípios sobravam cuidados com a saúde da população⁶⁰ – bem rudimentares, diga-se de passagem, à exceção de São Paulo⁶¹.

⁵⁶ As referências até 1930, quando não explicitadas, referem-se ao trabalho de Escorel e Teixeira (62)

⁵⁷ Esta foi fonte de um sem número de epidemias, principalmente sobre a suscetível população indígena, como bem sabiam os pioneiros da Invasão Europeia, que “presenteavam” índios com roupas contaminadas com as “bexigas”. A primeira epidemia de varíola data de 1567 (63).

⁵⁸ Como lembra Mário Magalhães, a vacina antivariólica tornou-se obrigatória em 1832, mas apenas no final da década de 1960 a cobertura vacinou chegou a 75% da população brasileira (64).

⁵⁹ À ínfima atuação do Estado Imperial na área se somava à internação, nos dizeres da época, de “leprosos” em lazaretos e “alienados” nos manicômios (62)

⁶⁰ Até o surgimento das instituições de ajuda mútua, na década de 1917, a assistência à saúde individual, digamos, “europeia,” era feita, fundamentalmente, pelos médicos liberais, pagos por quem podia, ou pela misericórdia das instituições de caridade. Nunca se pode esquecer dos xamãs, benzedores, entre outros práticos dos conhecimentos populares, que até hoje teimam em relembrar as raízes indígenas e negras de nossa formação.

⁶¹ Como centro dinâmico da economia agroexportadora brasileira, as terríveis epidemias enfrentadas por São Paulo (como a de febre amarela em Campinas e Santos – 1889 – e na capital – 1892) precisavam de respostas efetivas. A criação do Serviço Sanitário do Estado (1892), ao qual pertenciam os Laboratórios Químico e Farmacêutico, e de Análises Químicas e Bromatológicas, o Instituto Vacinogênico e o Instituto Bacteriológico, assim como o Laboratório do Butantan, estes

A reforma urbana do Rio de Janeiro, em resposta à fama de pestilenta da capital federal entre os candidatos a imigrantes no Brasil (para pesar do orgulho nacional, muitos preferiam Buenos Aires), iniciada no governo Rodrigues Alves (1902 – 1906), procura “sanear” e modernizar a cidade – no conhecido movimento de expulsar a população pobre das áreas centrais, realizar grandes obras predadoras do patrimônio arquitetônico em função da melhora da logística urbana – além de combater as doenças epidêmicas. Este último aspecto foi implantado através das paradigmáticas *campanhas sanitárias*, espécie de espectro a rondar eternamente as ações de saúde coletiva, que consistiam em ações verticais e, de certa forma, “marciais” de combate aos vetores, de isolamento dos doentes e de utilização, não raro compulsória, de soros e vacinas. A imunização compulsória de varíola deu origem a uma das primeiras grandes rebeliões urbanas da história do Brasil, a Revolta da Vacina, de 1904, violentamente reprimida, como de praxe.

A partir da década de 1910, as ações de saúde começam sua marcha para o *hinterland* brasileiro. Obras, como as de Euclides da Cunha sobre a situação do campo (“Os Sertões”) e da floresta (“À Margem da História”), representaram um choque de realidade para a nação em formação, inclusive no que diz respeito à condição de saúde do povo. O lema cunhado por Miguel Pereira em 1916 (“O Brasil é um grande hospital”) e a imagem do Jeca Tatu foram senhas para que muitos pioneiros sanitaristas, em conformidade com “um projeto civilizatório que afirmava a possibilidade de construção nacional e o quanto este dependia de políticas públicas em áreas como saúde e educação” (65), se lançassem aos chamados grotões. Data, pois, de 1917 um código sanitário rural (em São Paulo, sempre pioneiro nestes assuntos), de 1918 a Liga Pró-Saneamento do Brasil, mesmo ano em que é concluído o prédio dos Serviços de Medicamentos Oficiais, na capital.

Destaque-se também a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública⁶² (DNSP), em 1919, substituindo o DGSP e que abrangeria propostas do movimento de saneamento rural e alargaria as atribuições estatais no campo da saúde. Deste órgão fariam parte o Serviço de Profilaxia Rural – que ampliou as ações federais nos estados e fez diversos acordos com a Fundação Rockefeller para o combate da Febre Amarela, e as inspetorias de Higiene e Industrial e Alimentar e de Profilaxia da Tuberculose. Muitas atribuições do DNSP, constantes de legislação específica, como a regulação da venda de

fundamentais no controle de epidemias e produção de soros e vacinas, como seu coetâneo carioca. Além disso, em 1894, foi criado o Código Sanitário do Estado, primeiro regulamento do tipo no Brasil, além de manicômios e hospitais de isolamento. Todas estas reformas foram importantes para conter as epidemias que grassavam nos principais centros urbanos, mantendo as populações rurais de fora destas reformas modernizantes até os anos 10 (62).

⁶² A criação de um ministério da saúde, proposta à época, foi descartada em virtude do consenso “federalista” (primado dos Estados) quanto às ações de saúde pública.

alimentos e da produção de drogas, regulação do trabalho de mulheres e crianças, inspeção sanitária de imigrantes, são novas ou recém-incorporadas, e consolidam este órgão como primeira estrutura estável e estatal mais perene e presente em boa parte do território nacional, ao menos face à tradição vigente de funcionamento sob demanda (epidemias, etc.). Segundo Gilberto Hochman, este processo decorria de mudança na percepção das elites sobre as condições sanitárias nacionais⁶³, influenciadas por seus conflitos internos e pelas pressões antioligárquicas emergentes no período, traduzida pela compreensão de “que o Estado nacional deveria assumir a responsabilidade pelas questões relativas à saúde e ao saneamento do território”, embora pareça um exagero a afirmação, defendida por estes autores, de que na Primeira República “foram estabelecidas as bases para um sistema nacional de saúde”⁶⁴ (65).

A partir de 1930, as mudanças refletem a crise da dominação oligárquica, o desencadeamento da Revolução Burguesa no Brasil e a entrada de novos atores no cenário político nacional, como as camadas médias urbanas e o proletariado. Como desdobramento das lutas operárias desde fins da década de 1910 surgiram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), entidades de ajuda mútua autogeridas que abrangiam trabalhadores da mesma empresa⁶⁵. Sustentadas pela contribuição de empregadores e empregados, foram o embrião de um sistema previdenciário – e, por extensão, de uma nova modalidade de assistência individual à saúde – para três categorias (ferroviários, portuários e marítimos). A partir de 1933, já no governo Vargas, as CAPs começam a ser convertidas nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), já com comando e financiamento tríplice (empresas, trabalhadores e Estado).

Os IAPs e CAPs funcionaram, ao longo da década de 1930, sob regime *contencionista* (restrição orçamentária de benefícios, especialmente da assistência à saúde, em grande parte devido às políticas restritivas no contexto do pós 1929). Isto não impediu o crescimento do aparelho previdenciário, uma vez que, com a industrialização, a base de trabalhadores formais tendeu a crescer. Os recursos previdenciários, aliás, constituíram uma das bases de poupança que financiou o apoio estatal à industrialização (62).

Em paralelo, Gustavo Capanema, alçado em 1934 à direção do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP, depois MES), implantou um modelo administrativo centralizador – mais uma vitória sobre a orientação oligárquica “federalista”, contra a qual se insurgiram muitos dos vitoriosos de 1930 –

⁶³ No mesmo sentido da percepção do Brasil Moderno que orientou a Semana de Arte Moderna, por exemplo (65)

⁶⁴ Se se pensa em sistema de saúde uma política pública que integre minimamente políticas assistenciais com medidas coletivas (como na Europa no século 19). O que se via era mais uma reprodução fragmentada do setor tradicionalmente conhecido como saúde pública.

⁶⁵ A Lei Eloi Chaves. De 1923, regulamenta a ação das CAPs, surgidas a partir de 1917, em modelo de *seguro social* (base de financiamento de empresas, trabalhadores e, eventualmente, Estado. Este modelo se estendeu posteriormente aos IAPs) inspirado na reforma de Bismarck na Alemanha.

dos serviços de saúde, e que previa separação entre planejamento (federal) e execução (estadual) ⁶⁶. O recém-criado Departamento Nacional de Saúde (substituto do DNSP após 1937) propôs, através de seu chefe, Barros Barreto, uma estrutura sanitária central, de normas minuciosamente detalhada, com previsão de reforma dos sistemas estaduais de saúde – destaque para um sistema distritalizado de centros de saúde, política de formação de pessoal e reformulação do financiamento⁶⁷ (62,66). A reforma Capanema previu ainda a criação dos serviços verticalizados por setor (Serviços Nacionais de Peste, Malária, Tuberculose, Saúde dos Portos, entre outros), influenciados pelas políticas da também recém-criada Organização Pan-Americana de Saúde (65).

Outro marco do período foi a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em 1942, com a finalidade de combater doenças endêmicas nos vales amazônicos e do Rio Doce, para garantir o escoamento da produção de borracha e minério de ferro para o esforço de guerra, financiado com verbas estadunidenses⁶⁸. Após 1945, este órgão expandiu suas atividades para a criação de uma rede de serviços que conjugou medidas preventivas e curativas, em especial nas regiões Norte e Nordeste (66,67).

Após o fim da ditadura do Estado Novo, observou-se um grande crescimento do aparelho assistencial previdenciário. O aumento do número de hospitais e dos gastos com assistência à saúde trouxe à tona um debate sobre a expansão ou contenção dos benefícios. Prevaleceu o entendimento de ampliação de benefícios, porém de forma bastante heterogênea – o IAPB possuía rede própria e renomada, ao passo que o IAPI viu-se muitas vezes com gargalos assistenciais⁶⁹, optando por expandir sua cobertura por meio, principalmente, da compra de terceiros (17,68). Enormes diferenças no campo assistencial são constantes ao longo do período, mas datam de 1960 as primeiras medidas na direção da unificação. Destaque-se a insistência, durante o governo de Juscelino Kubitschek, para a defesa da eliminação da contribuição paritária da União para o sistema previdenciário.

Com relação à Saúde Pública, o combate às doenças endêmicas ganharia o verniz do discurso do desenvolvimento, em especial no governo eleito de Vargas. Em 1953 é criado o Ministério da Saúde. Tornando objeto de grande barganha política e sob restrições orçamentárias, acabou-se por ser

⁶⁶ Em larga medida implantada pelas dificuldades nos estados, frente a escassez de técnicos especializados e carência de recursos.

⁶⁷ Mello (66) faz um contraponto digno de nota: as críticas ao “centralismo” precisam ser, ao menos, abrandadas, uma vez que a proposta de redes de centros de saúde regionalizadas fogem do lugar comum dos serviços verticais atribuídos como paradigma do DNSP.

⁶⁸ Pensado inicialmente pelos EUA como uma agência temporária, o SESP também foi instrumento do projeto de edificação de um estado nacional, típico do Estado Novo (69)

⁶⁹ O I Congresso de Previdência Social, em 1957, precisou aprovar novamente a extensão da assistência médica a todos beneficiários do IAPI, o que já estava determinado desde 1950 (17,68).

inviabilizado como pilar da política nacional de saúde. O governo JK também incorporou o discurso saúde e desenvolvimento. Em 1956, os 15 serviços nacionais dedicados ao controle e erradicação das doenças específicas foram unificados no Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), que, na prática, teve dificuldades para coordenar os trabalhos pelas divergências entre os técnicos dos antigos serviços. Em 1958, foi erradicado o *Aedes aegypti* e iniciadas campanhas de vacinação contra a varíola e de erradicação da malária (62). Entretanto, a falta de coordenação entre DNERu e SESP, esta com forte expansão de serviços, evidenciava a falta de unidade prática no MS.

Até 1964, as diversas formas de abordagem da questão da saúde, longe de representar a formação de um sistema de proteção social – isto é, um sistema baseado em *direitos*, foram permeadas pela necessidade de preservar a fluidez dos negócios (exportação de café, borracha ou minérios, industrialização por substituição de importações), garantindo o mínimo necessário à reprodução da força de trabalho (combate à mortalidade excessiva por epidemias e garantia de atendimento aos setores ligados às atividades mais dinâmicas do setor industrial). De certa forma, graças ao pequeno desenvolvimento tecnológico, a exploração dos serviços de saúde como um grande negócio ainda engatinhava⁷⁰.

No período em questão, houve uma clara separação entre *medicina curativa e medicina preventiva* (ou entre ações coletivas e individuais), expressas pelas atribuições do MES e do Ministério da Indústria (responsável pela saúde previdenciária). Ainda que a população segurada representasse menos de 10% da brasileira⁷¹, de fato viria a ser o sistema previdenciário que iria merecer os maiores gastos e atenções a partir de 1960. As ações coletivas, encampadas após 1953 pelo Ministério da Saúde, vieram a perder importância no Brasil da ditadura do grande capital.

Esta divisão expressava, no fundo, a divisão entre abordagens distintas da questão social para distintos segmentos da incipiente classe trabalhadora. A previdência, como instituição classificadora e

⁷⁰ Pode-se encontrar algum paralelo entre a saúde e o caso da educação superior, ainda que os determinantes específicos e o desenvolvimento desta expresse condições particulares distintas daquela: “[As políticas educacionais tinham lógica clara]: construir as condições de reprodução capitalista numa nova etapa do desenvolvimento das forças produtivas, crescentemente determinada pela indústria. Com ela, dois elementos tornavam-se essenciais. De um lado, a conformação e o “disciplinamento” da FT [força de trabalho] urbana (para a industrialização e o setor de serviços); operação que teve na legislação trabalhista e no “populismo” seus principais instrumentos institucionais, complementados pela repressão às formas de organização e autodeterminação das classes trabalhadoras, contra as quais pesava a necessidade premente do MPC [modo de produção capitalista] nas condições da particularidade brasileira, a saber, a compressão dos custos da FT sempre em níveis apropriados para a extração dual do excedente econômico operado pelos capitais imperialistas; de outro lado, a manutenção de setores “arcaicos”, “atrasados”, que funcionassem como nichos de acumulação originária para os setores ditos “modernos”, “avançados” da economia. Assim, se as mudanças na economia, na organização social, nas estruturas da vida em geral, criavam condições objetivas e subjetivas para uma “pressão” pela expansão da educação superior, esta tinha que se manter contida em determinados limites.” (58)

⁷¹ Em 1963, os IAPs computavam 6.938.700 segurados, numa população de 77.521.000 habitantes (17).

mediadora de conflitos, no interior do regime de classes, o fazia de acordo com a formalização do vínculo trabalhista e com a localização no processo produtivo (trabalhadores rurais estavam excluídos até a década de 1960), tem como correlato necessário um aparelho de saúde pública pautado, na maioria de suas ações, por programas verticalizados e de caráter militar. A existência de serviços próprios no campo do “aparelho de saúde pública”, como do SESP, não apenas não inviabiliza esta argumentação, como a reforça: foi exatamente nas regiões mais pobres, com maiores dificuldades para organização do aparelho previdenciário, que estes serviços proliferaram – contra o plano inicial de circunscrevê-los aos vales amazônico e do rio Doce.

De resto, a separação entre saúde previdenciária, para o segmento da força de trabalho mais organizado e vinculado ao centro dinâmico da economia, e saúde pública, voltada para medidas coletivas de erradicação de endemias, expressa um padrão compósito de formação de um embrionário sistema de saúde. Este aglutina diversos interesses e projetos, no mais emanados do centro capitalista e/ou dos “de cima”, sendo o correlato do desenvolvimento desigual e combinado à brasileira, incapaz de absorver com maior ou menor homogeneidade, as necessidades sociais das classes da nação em formação como um *direito universal*. Isto não invalida o fato de que os serviços criados tivessem grande importância, dentro das enormes diferenças sociais e regionais. Em síntese, este modelo de *segmentado* ou *focalizado* combina elementos *modernos* – assistência hospitalar e acesso a tecnologias avançadas – e *atrasados* – garantia de mínimas condições de reprodução da força de trabalho na persistência das condições de penúria material no campo, ou mesmo as terríveis condições das cidades em franco crescimento, nas quais a realidade de um Brasil arcaico se fazia sentir com o aumento da mortalidade infantil a partir da década de 1960.

3.2 O reformismo da saúde pré-1964

A formação de um aparelho de atenção à saúde no Brasil esteve, como se viu, subordinada às transformações das forças produtivas e à dinâmica da luta política entre os diversos setores sociais. O “federalismo” da República Velha, em que o governo Central se dedicava ao saneamento da capital e de portos e em que os Estados tinham mais autonomia, embora autonomia para erigir políticas não mais que rudimentares, respondeu, grosso modo, às necessidades do setor agroexportador e ao projeto da oligarquia cafeeira. Da mesma forma, o “centralismo” varguista, como forma de ser um contrapeso à tendência oligárquica de perpetuar seu sistema de arquipélagos, terminou por expressar um projeto

político de integração nacional subordinado à formação de um Estado indutor da industrialização, mas permeado pelos interesses oligárquicos⁷². Assim, nem a existência de ações “verticais” nem a de projetos “descentralizadores” foram determinantes para a conformação do modo de produção de serviços de saúde. Para a compreensão do sentido da mudança, deve-se atentar para os projetos distintos em pugna no período, e a quais setores estão ligados.

Na previdência social, as maiores polêmicas se davam em torno do caráter dos benefícios, fortemente influenciadas, no pós 1945, pelo Relatório Beveridge⁷³. Na Conferência de Chapultepec em 1945, a delegação brasileira rechaçou as propostas beveridgeanas (70). Entretanto, o clima do pós-guerra, a construção do chamado Welfare State nos países centrais e a emergência do movimento dos trabalhadores no Brasil manteve esta questão em pauta. Como se se tratasse de situações muito distintas, a disputa bismarckianos e beveridgeanos no Brasil não se daria nestes termos, mas principalmente na oposição “contencionistas” e “expansionistas” - debate em geral mais restrito à burocracia previdenciária.

Os “contencionistas” eram representados principalmente pela tecnocracia do IAPI, de cujo órgão de imprensa, *Industriários*, partiam as principais defesas de uma perspectiva meramente atuarial de seguro saúde (benefícios proporcionais à contribuição), da contenção de despesas do regime de capitalização – o que incluiu, como se viu, grandes resistências à prestação de serviços de saúde. Os “expansionistas”, dispersos pelos demais IAPs, influenciados pelo Bureau Internacional do Trabalho, foram hegemonizados por uma ala mais “pragmática”, que inviabilizaram as teses sobre a universalização dos direitos e financiamento nos marcos beveridgeanos, uma vez que o sistema previdenciário era, como se verá, sustentado principalmente pelas contribuições dos segurados. No fundo, a ampliação dos benefícios obedeceu a duas ordens de fatores: em primeiro lugar, como instrumento de ampliação e legitimação do arco de alianças sob direção do capitalismo burocrático (isto

⁷² O debate centralismo X federalismo também se expressou na educação: “Essa “centralização” não representou apenas um movimento político “autoritário”, mas a necessidade histórico-concreta de que a ordem burguesa brasileira fosse regulada conforme as necessidades da expansão capitalista nas condições da particularidade. Por um lado, foi feita à revelia das oligarquias, como a paulista; por outro lado, foi feita com elas e para elas, no sentido de que a ordem que se modificava o fazia muito mais como reordenação dos procedimentos e estruturas do capitalismo subordinado e menos como afirmação nacional, como autonomia, embora esse horizonte também estivesse *presente nos ideais de 1930*” (58).

⁷³ William Beveridge publicou, em 1943, um conjunto de recomendações para a política social do Reino Unido. Sinteticamente, propunha um sistema nacional de proteção social, em que o financiamento era universal e progressivo, de usufruto universal e que contemplasse um conjunto de políticas (e não meramente benefícios pecuniários) como saúde, educação, habitação, redistribuição de renda, entre outros. Conhecido como *seguridade social*, este modelo respondeu à questão social nos países europeus pressionados pelo avanço do movimento comunista e de movimentos operários em geral. De um lado, a pressão do movimento operário inglês, expresso pela vitória do Labour Party, em 1946, e de outro, o crescimento do movimento comunista na Europa abriram caminho para a incorporação das medidas sugeridas por Beveridge

é, do populismo). Em segundo lugar, da pressão dos segurados pela expansão das atribuições do sistema previdenciário (6,70,71). O setor industrial, influenciado pela visão “contencionista” do IAPI e berço do modelo assistencial de saúde prestado pelas próprias empresas, foi o embrião da expansão previdenciária baseada em serviços privados contratados (72).

No campo da saúde pública, as diferenças eram mais borradas. É possível identificar uma polarização entre a burocracia tradicional do Ministério da Saúde, vinculada, de um lado, aos Serviços Nacionais verticalizados e unificados no DNERu, e, de outro, à Fundação SESP (FSESP), e uma nova visão de saúde pública fortemente influenciada pelo debate sobre o desenvolvimento nacional, o chamado “sanitarismo desenvolvimentista”, também oriunda, porém minoritária, dos quadros da burocracia estatal (62) ⁷⁴.

O pensamento tradicional do aparelho do Ministério da Saúde, ainda que dividido em algumas “facções”, foi bastante tributário de agências e projetos estadunidenses, como o Serviço Nacional de Febre Amarela, o projeto de sistema de saúde para a capital de Barros Barreto e Fontenelle e os projetos de formação de enfermeiras do SESP (66,67,73), gestado em consonância com as necessidades da maturação do capitalismo dependente: controle de epidemias para garantir a viabilidade econômica do setor agrário exportador, centralização das ações nos marcos da consolidação de um Estado que responde a interesses compósitos (como os da oligarquia cafeeira, da burguesia industrial, das camadas médias ascendentes, mas também para elas e com elas) e fiador da formação nacional, perpetuador e expressão de disparidades regionais e sociais vultosas.

De outro lado, merece destaque a novidade que representava o sanitário desenvolvimentista. Representado por Mário Magalhães, Carlos Gentile de Mello e Samuel Pessoa, entre outros, o núcleo comum de seu pensamento era a compreensão de que as condições econômicas e sociais eram as responsáveis pelas condições de saúde ⁷⁵, e não o inverso, como na formulação sintetizada pelo que se chama de pensamento clássico da saúde pública brasileira. Mário Magalhães, como colaborador dos diversos ministros da saúde que ocuparam o cargo até 64, tratou de difundir seus pontos de vista através

⁷⁴ Um contraponto a esta visão pode ser encontrado em Mello (66), para o qual havia ao menos quatro vertentes no período: a primeira, sanitaristas envolvidos “*com políticas de saúde, mas primariamente voltados para os princípios técnicos da organização dos serviços de saúde em torno dos CSs distritais*”; a segunda, dos sanitaristas vinculados às ações verticalizadas e seletivas a determinadas enfermidades; a terceira, dos sepianos; e a quarta, “*de um agrupamento eletivo de posições pessoais, sanitaristas influentes que buscavam perspectivas inovadoras e com traços variados de radicalidade em comum*”, o chamado sanitário desenvolvimentista (p. 146).

⁷⁵ O ensaio “Saúde e Desenvolvimento Econômico”, de Carlos Gentile de Mello (19), e os ensaios de Mário Magalhães, reunidos no volume “Política Nacional de Saúde Pública”, (64) são expressão do pensamento *sanitarista desenvolvimentista*.

de suas atividades de assessoria ao MS, especialmente no governo João Goulart. O sanitarismo desenvolvimentista centrava suas críticas, entre outros aspectos, no modelo assistencial do SESP, tido como caro e inadequado à realidade brasileira⁷⁶, que, segundo Braga e De Paula (39), era uma da incorporação de padrões assistenciais e tecnológicos dos países centrais, em especial dos EUA. Esta opinião era expressa explicitamente por Mário Magalhães, que tachava o “modelo SESP” de dispendioso e pouco benéfico ao Brasil (67) (p.265).

Sendo assim, as divergências da época não podem ser atribuídas a uma polarização entre os *sanitarismos campanhista e desenvolvimentista* em torno da centralização ou descentralização das ações de saúde. Antes disso, o antagonismo entre os polos citados por Escorel e Teixeira (62), que teve seu clímax na III Conferência Nacional de Saúde em torno da descentralização dos serviços não deve ser interpretado automaticamente como conflitos entre “centralistas” e “descentralistas”. Conforme ressalta Mello (66), há um razoável consenso dentre o pensamento sespiano e de quadros como Barros Barreto em torno da necessidade da criação de uma rede de serviços de saúde integrada e descentralizada. Interessante ressaltar que talvez tenha sido o programa de governo de JK, a cargo de Mário Pinotti, quem mais tensionou e fortaleceu o caráter centralista da política de saúde após 1955 (66).

As divergências se dão na visão do processo saúde-doença (isto é, saúde como causa fundamental ou como expressão do subdesenvolvimento) e qual modelo *específico* de rede assistencial daí decorrente permeavam esta polarização, como atestam os ecos das ideias de Mário Magalhães nos pronunciamentos ministeriais e mesmo no discurso de João Goulart na abertura da III CNS. A polarização entre estas duas correntes refletiam as diferentes visões de Brasil e, com isso, qual o papel que o sistema de saúde poderia cumprir se dava ao redor dos lemas: “romper com o círculo vicioso doença-miséria” (para os “tradicionais”) ou “superar o subdesenvolvimento como pressuposto da alteração do quadro sanitário” (para os “desenvolvimentistas”). Além disso, como ressaltam Campos (67) e Escorel e Teixeira (62), uma disputa de poder (que deve ter incluído a disputa pelo controle da máquina pública) também contribuiu para este acirramento.

De toda forma, as críticas ao centralismo excessivo e à necessidade de criar uma rede assistencial baseada nos municípios vieram a ser o grande mote da III CNS – na qual ganharam relevo proposições do setor desenvolvimentista no bojo das “reformas de base” de Jango. A municipalização dos cuidados básicos, com criação de unidades baseadas no trabalho de auxiliares de saúde integradas com todos os

⁷⁶ O posto de atenção à saúde modelo do SESP era constituído de um médico, um microscopista, um laboratorista e um guarda chefe (39).

níveis de assistência, seria a célula básica de uma Rede Nacional de Saúde, da qual o MS seria o responsável normativo. No relatório, constam metas de controle de diversas endemias e a preocupação com o aumento das doenças não transmissíveis que passavam a participar de fatias cada vez maiores do perfil de morbimortalidade. De resto, tratou-se apenas de um fórum burocrático, para que compareceram 95 delegados e somente foram aceitos documentos provenientes de órgãos oficiais (62,74).

Posto assim, o debate sobre a saúde foi polarizado pelas influências, de um lado, da saúde pública dos EUA e da OMS, e, de outro lado, dos setores ligados ao desenvolvimentismo (nacionalistas e comunistas). Se em suas proposições existe alguma interface, como no que diz respeito à necessidade de uma rede de centros de saúde (talvez por influência do Relatório Dawson⁷⁷), divergiam fundamentalmente no conteúdo dos projetos. O primeiro, vinculado a uma visão colonizada, mas de forma nenhuma totalmente alheia a aspectos da realidade sanitária brasileira, não é parte de um projeto com vistas à mudança social. Sua visão de mundo é eminentemente liberal, como ressalta o trabalho clássico de Arouca (40), embora tenha pontos de intersecção com o projeto desenvolvimentista.

O sanitarismo desenvolvimentista, por sua vez, se colocava uma enorme tarefa pela frente. Precisava enfrentar, de um lado, a crescente influência política, econômica e cultural do imperialismo, que, com a indústria farmacêutica e de equipamentos, além da disseminação de um modelo de atenção à saúde e de ensino subordinado às necessidades da reprodução ampliada do capital em escala mundial. De outro lado, para levar adiante as propostas de um sistema nacional de saúde universalista, coerente com o resultado da III CNS, precisava desmontar (ou ao menos, neutralizar) a crescente força das instituições previdenciárias, assim como subordinar a força da burocracia tradicional do MS. Os interesses econômicos e políticos vinculados ao capitalismo dependente não tardariam em estigmatizar o reformismo bem-comportado, consonante com as influências culturais e políticas do Welfare State, como “comunista”, condenando este incipiente esforço de organizar um sistema de saúde na lógica do direito e ancorado em um diagnóstico da realidade brasileira. Neste sentido, a reforma da saúde proposta pelo sanitarismo desenvolvimentista, como a reforma agrária, a reforma universitária, entre as reformas de base, bem como o pensamento que a elas servira de matriz, caíram diante da força irresistível e “irresistida” do movimento golpista civil e militar de 1º de abril de 1964.

⁷⁷ Informe feito em 1920 por Bertrand Dawson, eminente médico britânico, sobre o que deveria ser o futuro da atenção médica no Reino Unido. Propunha a criação de um sistema nacional de saúde regionalizado, hierarquizado e coordenado, com centralidade em médicos generalistas, sem a dicotomia *cura/prevenção* e baseado na comunidade. Conferir Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud - OPAS/OMS. Informe sobre el futuro de los servicios de salud y afines, 1920. Washington (DC); 1964. (Publicación Científica, n. 93)

CAPÍTULO 4
ASPECTOS GERAIS DA SITUAÇÃO DE SAÚDE NO BRASIL

O pensamento do sanitarismo desenvolvimentista trazia consigo, como se viu, a noção de que a saúde e a doença são determinadas socialmente⁷⁸, isto é, a despeito da expressão biológica ou ambiental de determinados processos, suas raízes sempre remontam à vida social, em abstrato, e às formações sociais determinadas. Em texto da década de 1960, Carlos Gentile de Mello demonstra a preocupação de compreender os dados epidemiológicos e demográficos e relacioná-los às características do desenvolvimento econômico brasileiro, para daí elaborar as linhas gerais de uma proposta para a reforma do sistema de saúde. Este procedimento será, de certa maneira, seguido neste capítulo, para confrontar os dados que, ainda de forma mais ou menos parcial, sintetiza a situação de saúde do povo brasileiro durante o período estudado.

A rápida passagem de uma população majoritariamente rural para uma população assentada em centros urbanos inchados e sem maiores condições de infraestrutura tem correlação forte com o quadro de saúde. No entanto, a análise dos dados não permite realizar correlações lineares, sob o risco de interpretações parciais e distorcidas.

No que diz respeito a indicadores demográficos, existe, desde a década de 1940, uma queda da *mortalidade geral*⁷⁹. Em segundo lugar, uma elevação da esperança de vida ao nascer, de 41,5 anos em 1940, para 53,4 em 1970⁸⁰; Em terceiro lugar, houve uma queda na taxa de fecundidade apenas durante a década de 70, após estabilidade entre 1940 e 1970⁸¹; bem como a redução do crescimento vegetativo da população (75).

O padrão de alimentação aponta uma tendência de discreto aumento no valor energético ingerido, em especial à custa de aumento do consumo de produtos de origem animal (exceto gorduras), no período de 1962 a 1975 (76). O que, aliás, estaria de acordo com a redução das taxas de *desnutrição*. Entre 1974-75, a prevalência de *obesidade* aumentou, com maiores taxas de crescimento entre os setores mais pobres (77).

Em quarto, a mudança no perfil da *morbidade e da mortalidade proporcional*, em que houve uma redução da proporção de mortes e da incidência de doenças infectocontagiosas, em relação às doenças crônico-degenerativas:

A comparação da mortalidade proporcional nas capitais brasileiras mostra que as mortes ligadas

⁷⁸Sem querer esmiuçar a discussão acadêmica sobre a determinação social do processo saúde-doença, tema mais bem trabalhado pelos estudos da saúde coletiva posteriormente, quer-se aqui chamar a atenção para como esta constituía, ainda que em termos distintos, uma preocupação fundamental do reformismo pré-64.

⁷⁹Atribuída aos avanços dos antibióticos, do saneamento básico, entre outros (75)

⁸⁰Embora, no Nordeste, este número seja bem inferior à média nacional.

⁸¹Este declínio foi mais lento no Norte e no Nordeste.

a *causas cardiovasculares* cresceram de 14,2% (1950), para 21,5% (1960), 24,8% (1970), 30,8% (1980), chegando a 32,4% em 1989 (78). A taxa de mortalidade por *câncer* permaneceu estável, tendendo a aumentar após 1985-1986 (79).

A comparação da mortalidade proporcional nas capitais brasileiras mostra que as mortes ligadas a *doenças infecciosas* saíram de 35,9% (1950), para 25,9% (1960), 15,7% (1970) até 11,4% (1980) (79). Ainda assim, o Brasil apresentava, no final do período, taxas muito elevadas se comparadas a países como Chile, Costa Rica ou Cuba, estando em patamar semelhante ao de Colômbia ou Suriname (80). Além disso, o recrudescimento da tuberculose (com aumento na mortalidade a partir da década de 1980, após longa tendência de queda, a partir dos anos 40), a tendência à persistência de surtos ou de epidemias como a meningite, na cidade de São Paulo, ou o aumento da incidência de malária na região amazônica mostram que, o modelo da chamada *transição epidemiológica* não foi suficiente para explicar a evolução do quadro sanitário brasileiro (81)

No geral, as mortes por *causas externas* (acidentes de trânsito, suicídios e homicídios) cresceram bastante no período, tanto no que diz respeito à taxa como à mortalidade proporcional. Como exemplo, a cidade de São Paulo verificou aumento expressivo dos acidentes de trânsito e homicídios (estes, afetando os homens jovens) no período, em especial de 1960 a 1970, sendo as cidades de São Paulo e Recife líderes destes números (82).

No que tange à *saúde do trabalhador* (isto é, relacionada a seu processo de trabalho), Wunsch Filho (83) ressalva as dificuldades de notificação dos agravos – com destaque para a tendência das empresas a subnotificar, até mesmo em princípios da década de 90. No geral, houve uma tendência ao aumento do número absoluto de acidentes entre 1970 e 1975, com redução a partir daí, e da redução da taxa de morbidade e de mortalidade, entre 1970 e 1980. O autor ressalta que, dado o caráter extremamente cíclico da economia brasileira, a oscilação observada nos dados não é capaz de refletir, como fidedignidade, o processo de adoecimento ligado ao trabalho.

Um dos fatos mais comentados, do ponto de vista da epidemiologia descritiva do período, foi a reversão da tendência de queda da taxa de *mortalidade infantil* durante a década de 1960, quando chegou mesmo a crescer em grandes cidades como Recife, Salvador ou São Paulo⁸². Zuñiga e Monteiro (84) analisando o caso de São Paulo, demonstram que este aumento foi à custa de uma elevação na mortalidade por diarreia em menores de seis meses. Para estes autores, a análise dos dados demonstra

⁸²Utilizada como ilustração de caso paradigmático do fracasso do “milagre econômico” em garantir boas condições de vida, este fenômeno foi classicamente associado ao arrocho salarial e às más condições de moradia e saneamento, no dizer dos autores. Tese que eles mesmos procuram desmontar no trabalho em questão.

que, mais que as más condições de saneamento (que podem ter agravado o cenário), as péssimas condições de cuidados de saúde, além do declínio do aleitamento materno podem explicar o fato.

Após 1973, aliás, marco da decadência do “milagre”, observou-se uma tendência à redução do CMI, com algumas nuances. A mortalidade por causas infecciosas tendeu a declinar, e num sentido de convergência nas diferentes regiões de São Paulo, em especial pela expansão de medidas de controle, como imunização. No entanto, o aumento das desigualdades entre as distintas áreas se verificou nas mortes causadas por afecções perinatais (provavelmente ligadas à inexistência ou má qualidade da atenção à saúde materno-infantil) e por deficiências nutricionais. Parte destas desigualdades viria a ser reduzida pela generalização das vacinas e pelo aumento do fornecimento de água potável (85).

A interpretação destes dados, em seu conjunto, ajuda a aumentar a compreensão do processo de mudança social por que passava o Brasil. No entanto, Barreto et. al. (86) criticam a transplantação do modelo interpretativo da “transição epidemiológica” para uma formação social tão distinta de onde ela teria ocorrido (países centrais). Esta concepção de transição, tendo como base uma teoria para que “as mudanças que ocorrem nos padrões de saúde e doença acompanham a transição demográfica e socioeconômica, fazendo parte do complexo de modernização”, foi vista por aqueles como uma teoria abstrata da mudança epidemiológica. Segundo este enfoque, países como o Brasil repetiriam as mesmas tendências observadas em países centrais (81)⁸³. Para aqueles autores

A abordagem da modernização, em segundo lugar, não leva em devida consideração que o modelo ocidental de desenvolvimento foi resultante de uma revolução industrial vinda de dentro, enquanto os países contemporâneos, subdesenvolvidos, experimentam uma “evolução” vinda de fora, trazida pelo impacto da tecnologia ocidental. Em uma visão etnocêntrica e teleológica do desenvolvimento, os teóricos da modernização esperam encontrar nos países subdesenvolvidos exemplos semelhantes aos dos países europeus (pp. 135-136).

O caso da evolução do CMI, ou do recrudescimento de algumas enfermidades infecciosas, é um exemplo de que a chamada “transição epidemiológica” não ocorreu da mesma forma que as etapas do desenvolvimento rostowiano, como tendência que uniformizaria a evolução do perfil epidemiológico das

⁸³ “Alguns epidemiologistas que se dedicaram ao estudo do padrão de morbidade e mortalidade desses países, como Frenk e Bobadilla, demonstraram que o modelo linear da transição demográfica, observado nas nações centrais, não se aplicava aos países da periferia do sistema econômico, da mesma forma que a concepção de desenvolvimento econômico de Rostow, pressupondo etapas sucessivas e pré-determinadas no processo de desenvolvimento, não foi comprovada pela experiência dos países da América Latina, onde predominam os exemplos de processos interrompidos e até de retrocessos” (81). Para crítica ao modelo rostowiano, ver Prado Júnior (87).

nações. Além da “persistência” de muitas doenças infecciosas, outro aspecto ressaltado por estes autores é, que para além da “polarização epidemiológica” (convivência de diferentes “perfis epidemiológicos” em uma mesma época), a existência de uma “polarização social” (diferenças de padrões de morbimortalidade entre as distintas classes sociais) que também compõe o quadro sanitário brasileiro.

Um último aspecto a ser ressaltado é a questão da formação de profissionais de saúde. Gentile de Mello (19) ressaltava dois aspectos fundamentais na distribuição dos profissionais médicos: o primeiro, a escassez, tanto absoluta⁸⁴, quanto relativa⁸⁵, já aparecia como um entrave à generalização da assistência à saúde para a população brasileira desde quando a problemática do desenvolvimento e saúde veio à tona, na década de 1950; o segundo, a inadequação dos profissionais formados frente ao quadro sanitário nacional. Segundo o autor, a formação baseada em casos raros, seguindo orientação dos padrões científicos dos países centrais não encontrava correlato nas enfermidades porque padecia o povo, mas, de outro lado, alimentava um setor consumidor das modernas técnicas produzidas nos países centrais. O divórcio entre formação e realidade foi alvo de críticas pioneiras pelo chamado pensamento sanitário, uma vez que, em momento de enorme repressão às atividades acadêmicas críticas e independentes, o debate crítico sobre a formação e educação dos profissionais foi, de certa maneira, consentido, inclusive com apoio do arco de instituições oriunda da Aliança para o Progresso, como Fundação Kellogs, Fundação Ford e Organização Pan-Americana de Saúde (7,66).

⁸⁴ Em 1954-57, o Brasil tinha cerca de 2500 médicos por habitante, bem menos que o México (1900)

⁸⁵ A extrema concentração destes profissionais nos grandes centros urbanos, e a correlato vazio demográfico de médicos nas pequenas cidades e zona rural já apontava que 751 municípios não possuíam médicos, contabilizando um total de mais de 8,5 milhões de brasileiros morando onde não havia estes profissionais.

CAPÍTULO 5
A CONTRARREFORMA DA DITADURA

5.1 O sentido geral

Interrompido o ímpeto reformista dos anos do populismo, o conjunto de contrarreformas realizadas pelo regime de 64 também se expressou na saúde. No que diz respeito ao aparelho previdenciário, então maior rede de serviços responsáveis pela atenção individual, sua direção foi assumida pelo setor mais ligado a uma proposta privatizante (os chamados “cardeais do IAPI”) - o que dá a tônica das intenções da ditadura. Fundamentalmente, as mudanças do aparelho previdenciário caminharam no sentido da garantia da expansão dos serviços privados mediante incentivos estatais que contemplassem, de forma mais ou menos abrangente, todos os setores ligados ao chamado “complexo médico-empresarial”. A centralização do aparelho previdenciário, promovida pela criação do INPS, em 1966, potencializou também a concentração de enorme volume de recursos nas mãos do Estado, possibilitando o aumento da capacidade de investimentos públicos – nas grandes obras, nos grandes projetos de infraestrutura.

O movimento de concentração e centralização de capitais no setor farmacêutico e de equipamentos, em escala planetária, se fará sentir no Brasil também com mais intensidade após 1964. Se o governo João Goulart ensaiou uma regulação das companhias farmacêuticas em 1963, o regime autocrático não apenas frustrou este esboço, como favoreceu a expansão desordenada destas, agora já sob evidente domínio das empresas transnacionais. A natureza do modelo assistencial privatista, hegemônico no complexo previdenciário, centrado no consumo de fármacos e equipamentos de última geração, favoreceu uma inédita modernização nos padrões de consumo de bens de saúde, potencializando as distorções entre as necessidades e as possibilidades da sociedade brasileira e o padrão de incorporação tecnológica assumido durante o regime.

A separação entre assistência individual à saúde e a saúde pública foi aprofundada e o “sanitarismo desenvolvimentista” teve suas teses deslegitimadas, seus ideólogos perseguidos (cassados ou condenados a um ostracismo dentro de sua própria terra) e suas proposições para a ampliação de uma rede de serviços organizada de acordo com os paradigmas de sistemas de saúde universais foram simplesmente colocadas de escanteio. Mais grave ainda, mesmo a rede da tradicional agenda da saúde pública, como o combate a doenças infecciosas foi sendo sucateada. A dramática epidemia de meningite de 1973/1974, negada pelo governo, foi um momento crítico da política de menosprezo pelas ações coletivas, e cobrou do governo um preço político no princípio da crise do “milagre”.

Assim, as políticas voltadas para ações tradicionalmente conhecidas como *coletivas*, isto é,

destinadas a intervenções sobre a saúde das populações, como imunizações, combate a doenças contagiosas, iniciativas educativas, entre outras, sofreram desde o início dos governos militares um grande retrocesso, a começar pela redução orçamentária da rubrica *saúde e saneamento*, que atingiu seu vale em 1969. Após este período, a recuperação não foi capaz de repor o padrão anterior (55). Isto não impediu mudanças, como a unificação institucional que culminou com criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, em 1976, no bojo do “federalismo centralizado” do regime militar (88). Além disso, a experiência pioneira e bem sucedida do Programa Nacional de Imunizações, criado em 1971, herdava a larga experiência obtida pelo país e conformava-se como uma das exceções que justificam a regra.

A despeito de dificuldades metodológicas de agregar os gastos com saúde no Brasil (89), algumas tendências podem ser observadas. O padrão de gasto com saúde acompanhou a tendência geral de restrição aos gastos federais em políticas sociais (previdência, saúde, educação, saneamento), que, no período 1968 – 1974 caíram de 24,7% para 20,5% do total de dispêndios da União, em grande parte em detrimento de investimentos na infraestrutura econômica. A análise do gasto social total aponta um crescimento de 70,8% neste período, especialmente à custa dos gastos da rubrica “Previdência e Assistência” (aumento de 103,8%, mantendo-se no patamar de 11,7% do total dos gastos federais), refletindo a ampliação da base previdenciária e a expansão da rede de assistência à saúde, e da rubrica “Educação”, que cresceu 71,9%⁸⁶. A rubrica “Saúde e Saneamento”, embora tenha registrado crescimento de 21,3% dos gastos no período, caiu em termos de participação proporcional nas despesas da União, de 4,6% para 2,5%⁸⁷ (55).

É importante ressaltar que, graças ao movimento combinado de crescimento econômico e incorporação de novos segmentos sociais à Previdência Social, houve superávits do Tesouro a partir de 1973, o que impulsionou os gastos públicos. O total descontrolou os gastos, como forma de prosseguir o modelo do “milagre”, após a crise de 1973, inverteu o sinal das contas nacionais.

A partir de 1976, por conta de medidas de política econômica tomadas pelo governo, aumentou discretamente a proporção de recursos disponíveis para Estados e Municípios, o que promove

⁸⁶As quedas nos gastos com Reforma Agrária e Urbanização (41,4% e 50,3%, respectivamente) refrearam o crescimento das despesas sociais.

⁸⁷ Entre 1965 e 1969, houve uma queda real nas despesas em saúde pública de 33%; A partir de 1970, os gastos previdenciários com saúde superaram os gastos diretos (União, Estados e Municípios) com a rubrica “saúde e saneamento”: em 1967, 56% do gasto era direto, versus 44% realizado pelo aparelho previdenciário. Em 1974, 58,3% dos gastos com saúde e saneamento eram feitos por INPS e FUNRURAL, restando aos entes federativos 41,7%. As despesas do Ministério da Saúde representaram apenas 0,9% do Orçamento da União em 1974 (39) (pp. 94 – 96).

incremento discreto às ações de saúde destes. Ainda assim, a União gastava com saúde, em 1980 e 1985, 2% e 1,77% do PIB, respectivamente, versus 0,64% e 0,61% de Estados e Municípios somados. A estrutura de gastos permanece semelhante até o final da década de 70, quando nova crise atinge o Brasil: a receita tributária sobe apenas 2,7% entre 1979 e 1985, após quedas pronunciadas em 1983-84. Como consequência, nova queda nos gastos sociais: em 1985 o gasto social federal total foi 7,6% menor que o de 1980, após as quedas de 1982, 1983 e 1984. Em 1985, o gasto social corresponde a 8,55% do PIB, contra 9,21% em 1980. (89) (pp. 328-329). O gasto federal total em saúde cai 9,3% entre 1980-85, embora seja dos setores menos atingidos (89). De um lado, caíram os gastos do INAMPS em 17,7% entre 1979 e 1985 reflexo da crise geral da previdência (89). De outro lado, se existiu uma ampliação dos gastos do Ministério da Saúde entre 1979 e 1985 (passou de 1,82% para 2,6% da despesa geral da União, após quedas entre 1981-1984) ele permaneceu estável em percentual do PIB (1,74% - 1,67%) e teve queda per capita (US\$ 35,6 – US\$ 30,3) (89) (pp. 351 e 358), o que provavelmente refletia um aumento das atividades assistenciais, em virtude da expansão da rede de serviços, em detrimento das ações coletivas, agravando a “polarização social” do perfil epidemiológico brasileiro.

Como se verá, na década de 1980, é dado impulso para a ampliação dos serviços de saúde privados com maior autonomia em relação ao setor público, através de mecanismos diversos (90,91,92). Como resultado, em 1986, os gastos totais do Brasil em saúde correspondiam a 3,9% do PIB (versus 6,5% da Argentina), dos quais 1,4% é gasto privado (89).

Privatização, modernização e segregação. A lógica que preside o modelo brasileiro não é distinta daquela que herdamos do período colonial. Os negócios, sejam eles realizados pelos de dentro, como no caso das novas empresas médicas surgidas no Brasil da ditadura, sejam eles realizados pelos de fora, caso das indústrias transnacionais farmacêuticas, que operam sem restrições no Brasil, se mostraram, mais uma vez, incompatíveis com os interesses coletivos, expressos, por exemplo, no baixíssimo grau de saneamento básico das grandes cidades. Nem mesmo as “medidas sociais” do II PND conseguiram escapar à lógica de negócio a qualquer custo – inclusive, os custos de enorme mal estar social.

Ainda mais impotentes para controlar o apetite dos empresários que lucram com a doença do povo, e fragilizados politicamente para preservar as estruturas formais do seu governo, os governos militares, cômicos do seu papel de guardião da ordem burguesa no Brasil, promovem uma lenta abertura que resguardasse a ordem de maiores solavancos. As fissuras abertas neste processo possibilitaram o surgimento de um novo movimento reformista na saúde. Este movimento, amparado em elementos da burocracia estatal, da comunidade acadêmica, dos trabalhadores de saúde e do movimento popular,

recolocou a questão da saúde como um direito de todos e todas em futuro processo de retomada da ordem democrática.

5.2 A assistência previdenciária à saúde e a institucionalização da lógica dos negócios

Até a República Velha, a assistência individual à saúde foi um bem restrito à elite apta a pagar pelos serviços de um profissional, em geral médico. A restante massa dos deserdados dependia de serviços caritativos, quase sempre religiosos. O cenário mudou a partir do surgimento de uma fração de assalariados, inicialmente ligados ao setor exportador (como ferroviários e marítimos), e, depois, fruto do processo de industrialização por substituição de importações (operários industriais, comerciários, entre outros). Este segmento, pequeno numericamente e ainda longe de influenciar decisivamente os rumos da política brasileira, em 1917 protagonizou greves importantes, e em 1923 teve suas organizações de ajuda mútua – as Caixas de Aposentadorias e Pensão (incluindo pensões, aposentadorias e assistência individual à saúde) regulamentadas pela Lei Eloi Chaves. Com a discreta emergência da classe trabalhadora, o regime de 1930 adotaria postura distinta, criando canais de domesticação das demandas desta classe via Estado, contra a repressão predominante na República Velha. Neste contexto as CAPs transformaram-se nos IAPs, instituição pluriclassista (representação patronal e sindical) sob intervenção estatal.

A Previdência Social (71), portanto, foi peça fundamental no regime burguês por dois motivos principais: em primeiro lugar, como mecanismo de poupança compulsória, “quer para garantir um nível mínimo de consumo das classes de mais baixa renda, quer para garantir capacidade de trabalho dos assalariados, através da assistência médica, quer ainda para propiciar investimentos diretos em vários setores da economia” (p.15). Em segundo lugar, a Previdência Social cumpriu um papel de cunho político: foi um mecanismo bastante eficaz de contenção, dentro dos limites da ordem, do conflito social oriundo da ascensão política das classes trabalhadoras: era “elemento de resposta a reivindicações pré-existentes e ao mesmo tempo mecanismo de controle” (p. 21), sendo um dos canais de manipulação por parte do setor “burocrático” da burguesia.

A vitória parcial dos “expansionistas” favoreceu o crescimento do aparelho de assistência individual à saúde dentro do sistema previdenciário a partir de finais da década de 1950 e começo dos anos 60. Dados apresentados por Rezende da Silva e Mahar (93) demonstram que os gastos percentuais

na rubrica “assistência médica” sobre a despesa total da previdência⁸⁸ subiram de 6,5% em 1947, para 13,6% em 1959, atingindo 24,5% em 1967, patamar que permaneceria estável até 1972. No período entre 1965 e 1969, os gastos previdenciários totais da previdência social se ampliaram 64%, os gastos com assistência médica se ampliaram em 168%, bem acima do crescimento do PIB, 31% (pp. 81 - 85). De acordo com Braga e De Paula (39), esta tendência foi liderada pelo expressivo aumento da porcentagem do componente hospitalar dentro do total dos gastos com assistência médica: de 22% em 1960 a 53% em 1966 (pp. 72 e 73, tabelas 4 e 5).

Para alguns autores, as razões desta ampliação não decorriam principalmente de pressões reivindicatórias das classes trabalhadoras. Cordeiro (68) destaca o aparente caráter secundário das reivindicações em torno assistência médica individual. Luz (94) compartilha de visão semelhante: “no que concerne às classes trabalhadoras, as reivindicações ligadas à medicalização, quando aparecem, sempre estão subordinadas às reivindicações por melhores condições de trabalho. A universalização da atenção médica nunca foi projeto das classes subalternas, sendo basicamente (...) projeto de hegemonia burguesa conduzido pelas instituições médicas” (p.84).

Para outros autores, a pressão do movimento sindical organizado foi decisiva. Segundo Braga e De Paula (39), “o crescimento do setor se dá a taxas maiores de que o restante da economia, como decorrência do seu movimento interno, como das pressões sociais a exigirem maior cobertura e universalização do sistema previdenciário” (p.76). Donnangelo (41) e Oliveira e Teixeira (6) coincidem com a avaliação de que houve relevante pressão dos trabalhadores segurados pelo sistema previdenciário pela ampliação de serviços de saúde. De toda forma, a expansão global dos benefícios favoreceu as categorias mais organizadas para este fim, como os bancários, e foi pautada por setores afinados com as concepções de seguridade social (17,68).

Aparentemente, ambos os fatores devem ter contribuído para a expansão⁸⁹. No entanto, o sentido da expansão e sua natureza precisam ser compreendidos para uma melhor compreensão do quadro. A própria expansão tendo, neste momento, como base o setor hospitalar é uma mostra de que ela é também dirigida pelo “novo complexo médico-industrial”⁹⁰ (96), ainda que legitimada pelos movimentos dos trabalhadores. Por outro lado, os relatos de tumultos causados pela precariedade da assistência à saúde

⁸⁸ IAPI, IAPM, IAPB, IAPTEC, IAPC, IAPFESP, e, após 1967, INPS. O IPASE está excluído.

⁸⁹ Ruy Braga (95), em seu estudo sobre a formação do *precarizado* brasileiro, ressalta que a formação da consciência de classe da classe trabalhadora brasileira passa pela rebelião contra as condições de saúde próprias do “fordismo periférico”. Esta sensação de mal estar emergia também como reivindicações por mais acesso a serviços de saúde, embora, como ressalta Luz (94), as classes dominantes “interpretavam” estas demandas como lutas por um *determinado* modelo de atenção à saúde.

⁹⁰ Este processo será estudado no item seguinte.

em grandes cidades⁹¹ expressam a grande sensação de mal-estar social vivida pela maior parte da população brasileira. Assim a expressão da saúde como **questão social** envolveu, de um lado, a modernização, e de outro, a ampliação da assistência à saúde dentro de um paradigma centrado na ação médico-hospitalar - uma tradução das demandas sociais pelo *discurso hegemônico* médico e burguês (94).

Em princípios dos anos 60, a Previdência passaria a viver uma **crise** financeira. Do lado da receita, “a base financeira dos institutos é uma combinação do regime de repartição – aquele em que o custeio está centrado nas receitas 'correntes', contribuições de empregados, empregadores e União – com o regime de capitalização – aquele em que o custeio do sistema previdenciário advém das receitas de capital e patrimônio” (39) (p. 80). O regime de repartição, oriundo da década de 20, mantinha sua estrutura praticamente intacta⁹², na prática vinha sendo burlado tanto pela União⁹³ como pelas empresas⁹⁴. Assim, do lado da repartição, a solução encontrada foi aumentar a contribuição dos trabalhadores à previdência: “elevou-se assim, até a unificação, quatro vezes a taxa de contribuição: primeiro de 3 a 5%, depois para 6%, mais tarde para 7% e finalmente para 8%” (97)⁹⁵. Já o *regime de capitalização*, vinha acumulando problemas, seja pela escassez de capital, seja pela insuficiência do rendimento das aplicações⁹⁶, o que reforçava a tendência de jogar sobre os ombros do trabalho a principal responsabilidade do financiamento do sistema (39).

Do lado da despesa, o seu crescimento em ritmo superior às receitas⁹⁷ consistia em três componentes: Primeiro, refere-se ao aumento da proporção entre trabalhadores inativos e ativos. De

⁹¹ Como os ocorridos em Santos (1963), narrados na segunda parte do trabalho de Luz (94).

⁹² As origens do regime *de* repartição remontam à regulamentação das Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs), pela lei Eloi Chaves (1923), que determinava três componentes: trabalhadores, patrões e governo federal. As alíquotas estipuladas eram as seguintes: empregado contribuiria com 3% do seu salário mensal, a empresa contribuiria com 1% de sua renda bruta, e a União com a soma arrecadada do público através das taxas dos serviços ferroviários (93,97). Mesmo após a progressiva mudança das CAPs para os IAPs, esta estrutura foi mantida até o período em questão, mudando-se as alíquotas conforme a categoria.

⁹³ Segundo dados do Ministério do Planejamento (97), em 1964, a dívida da União com os IAPs (à exceção do IAPC, que não a registrava em sua contabilidade), era da ordem de Cr\$ 425 milhões, ao passo que a empresas deviam Cr\$ 121 bilhões, de uma dívida total de Cr\$ 553 bilhões, ante uma receita total dos IAPs de Cr\$ 1.227,8 bilhão. Estes dados, por oficiais, excluem contribuições devidas e não recolhidas, sonegação, corrupção, etc.

⁹⁴ Estas dívidas patronais “acham-se expressas em valores nominais. Corrigidas monetariamente, sem dúvida, ultrapassariam a casa de meio trilhão de cruzeiros”. Mesmo a Lei 4.357, de 14/04/1964, que estabelecia correção monetária dos débitos, não foi capaz de disciplinar este processo, pois não foi acompanhada de medidas punitivas para os empresários que estavam em dívida com os respectivos IAPs (97).

⁹⁵ A autora cita este fato como evidência da ineficácia do sistema de capitalização, pois uma de suas vantagens, no longo prazo, seria a diminuição da taxa de contribuição.

⁹⁶ Os autores citam o exemplo do caráter deficitário dos financiamentos de imóveis para os segurados, que não possuíam a contrapartida de aplicações financeiras que equilibrassem o baixo retorno daqueles financiamentos.

⁹⁷ Entre 1950 e 1964, as receita cresceram 126 vezes e as despesas aumentaram 185 vezes (97).

acordo com Braga e De Paula (39), “entre 1950, os contribuintes crescem na proporção de 100 para 142; os aposentados, de 100 para 289 e os pensionistas de 100 para 223” (p. 80). Segundo, a “elevação nos gastos previdenciários com benefícios, em particular com pensões, aposentadoria e morte, que podem ser explicada em parte pelo Decreto-Lei 7.835, de 6/8/45, que proibia reajustamento de aposentadorias e pensões inferiores a respectivamente 70 e 35% do salário-mínimo, o que implicava em considerável aumento das despesas” (97) (p. 214). Por fim, o aumento dos gastos com assistência individual à saúde.

O regime ditatorial, portanto, deveria dar uma resposta tríplice: à emergência da saúde como uma questão social, isto é, face às necessidades históricas da massa de deserdados no contexto da aceleração econômica do capitalismo dependente; à perpetuação da lógica dos negócios, ainda incipientes em 1964; e à crise do modelo previdenciário do período populista. De acordo com Donnangelo (41), três aspectos viriam definir o papel do Estado frente ao setor privado da saúde, durante a ditadura: primeiro, sustentar uma demanda ampliada quantitativa e qualitativamente, por manipular recursos centralizados; segundo, o Estado como fiador da continuidade e expansão de uma rede de produção de serviços de saúde privada e incorporadora de progresso técnico; terceiro, pela manutenção do produtor privado no controle direto dos processos de produção.

A seguir será analisada a evolução do sistema de atenção individual à saúde entre 1964 e 1985 utilizando a seguinte periodização: 1964 – 1974 (formação, consolidação e institucionalização do modelo); 1974 – 1979 (aprofundamento e crise do modelo); 1979 – 1985 (crise do regime e ensaios de reformas). As datas seguem a periodização proposta por Bravo (57) e não diferem, no essencial, da proposta por Oliveira e Teixeira (6). A evolução do crescimento dos seguros privado de saúde no Brasil apresenta algumas distinções de periodização, que estarão subordinadas a esta periodização geral.

5.2.1 1964 – 1974 Formação, consolidação e institucionalização do modelo de negócios

5.2.1.1 O Processo de centralização da Previdência

A **criação do INPS**, que agregou as atribuições de quase todos os IAPs⁹⁸, através do Decreto-Lei número 72, de novembro de 1966, pode ser analisada através de três aspectos: O primeiro dá conta de que a previdência se encontra nos marcos da legitimação do regime e dá continência à *questão social* para as camadas assalariadas que ocorrem às grandes cidades. O segundo diz respeito à criação de

⁹⁸ IAPB, IAPC, IAPFESP, IAPI, IAPM, IAPTEC

colossal fundo público, peça fundamental para a política de investimentos públicos que o regime pretendia realizar. E o terceiro diz respeito ao rápido crescimento de uma rede assistencial de serviços de saúde ancorados em um modelo privado com fartos subsídios estatais.

A centralização do aparelho previdenciário não era proposta recente – desde a década de 1940 já havia projetos de lei neste sentido, e desde 1933 já se pleiteava uma centralização administrativa das diversas instituições. No entanto, foi a partir da aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), de agosto de 1960, que “formulou-se uma política mais explícita e articulada da assistência médica, incorporando-os aos benefícios da população previdenciária” (CORDEIRO, 1984: 59).

Oliveira e Teixeira (6) assinalam que a nova lei aborda este tema de forma mais detalhada; a lei versa sobre

As formas de concessão desta assistência; a compra de serviços do setor privado, e aos próprios empregadores⁹⁹ (os atuais 'Convênios-empresa'¹⁰⁰); a outras instituições públicas e sindicatos; as formas de pagamento dos serviços comprados; o financiamento para expansão de entidades beneficentes de saúde; as 'comunidades de serviços'; o credenciamento de médicos; a 'livre escolha'; as tabelas de honorários etc. (p. 161).

Esta miríade de formas de atendimento, que, segundo Cordeiro (68), procurava evitar a “privatização generalizada” e privilegiar “o quanto possível os serviços próprios”, não prosperou. Na prática, o eixo condutor do processo de constituição do sistema “tinha como tônica e fonte propulsora o fortalecimento do setor privado” (p. 43).

Bahia (17) acrescenta que o padrão de assistência à saúde que a LOPS imprimiu tinha três características fundamentais: primeiro, a instituição de duas modalidades de atendimento (uma privada, para os que não participassem do co-pagamento, e outra de livre escolha); em segundo lugar, estabeleceu carências e discriminação de riscos, conforme o custo do tratamento; terceiro, a reafirmação das empresas empregadoras como protagonistas da prestação de assistência. Foi a partir dela que “se instituiu, assim, duas modalidades de rede assistencial, ambas legitimadas pela Previdência Social, interligadas pelo financiamento estatal e pelo livre fluxo dos médicos e pacientes de maior renda entre serviços próprios e privados” (p.420). A operacionalização deste sistema seria feita pelo Departamento Nacional de Previdência Social (DNPS) ¹⁰¹.

⁹⁹Aliás, esta modalidade – atendimento dos empregados da empresa por serviços próprios ou contratados – já vinha acontecendo: a LOPS apenas a legitimou.

¹⁰⁰Os Convênios-empresa foram uma modalidade de prestação de serviços inaugurada, de fato, apenas com a chegada do regime militar.

¹⁰¹Foi neste órgão que a Associação Médica Brasileira (AMB), através do Conselho Médico da Previdência Social (CMPS), passou a exercer influência na política previdenciária, defendendo a livre escolha, o copagamento, incompatíveis com a expansão de serviços próprios. Após um período de vacilações, a AMB passa, a partir de 63, e mais explicitamente a

A aprovação da LOPS, em 1960, expressou um impasse entre as diversas forças políticas em ação. Seu caráter ao mesmo tempo abrangente, porém com restrições orçamentárias que a inviabilizavam na prática, demonstram um impasse sobre os rumos da política previdenciária. Além disso, a unificação não foi substantiva, pois muitos procedimentos, normas, rede assistencial eram diferentes entre os diversos IAPs. Por fim, a enorme variedade de modalidades assistenciais em cada instituto demonstrava a dificuldade de “racionalizar” o sistema. Por outro lado, foi uma espécie de molde para duas características fundamentais do modelo de atenção à saúde durante o regime militar: a privatização e a segmentação da clientela (17).

A crise da previdência social, dentro da crise econômica e política que culminou no golpe de 1964, também se expressou neste impasse da LOPS. Embora ela tenha sido, por assim dizer, o primeiro ensaio do que viria a ser o “modelo de privilegiamento do setor privado”, foi somente o movimento de 1º de abril que pode romper este nó. Sinteticamente, Menicucci (98) coloca assim o novo patamar inaugurado neste período:

As opções governamentais relativas à assistência à saúde no âmbito das instituições previdenciárias (...) particularmente a partir dos anos 60, favoreceram a construção de uma determinada articulação entre a assistência pública e a privada, e principalmente a expansão do setor privado. Isso se deu tanto no caso do setor privado prestador de serviços de saúde, que passou a ter no setor público a garantia de um mercado cativo, quanto no setor empresarial organizador de formas privadas de assistência, também este sendo incentivado por meio da alocação de recursos financeiros públicos, que propiciaram o desenvolvimento das formas coletivas e empresariais de assistência, vinculadas à inserção do mercado de trabalho (p. 58).

Ao afastar os setores ligados ao pacto populista, o governo militar, durante período entre 1964 e 1966, o governo deu vários passos em direção à centralização da previdência, através de diversas medidas que esboçavam, em linhas gerais, o que viria a ser o novo modelo¹⁰². Espécie de ensaio-geral

partir de 64, a “*adotar uma posição mais definida e contrária à intervenção ampliada do Estado na assistência médica*” (68) (p. 45).

¹⁰² Tem-se a intervenção do governo militar em seus Conselhos Administrativos, substituídos por Juntas Interventoras; também em 1964, foi criada uma Comissão Especial interministerial (Trabalho e Previdência Social, Planejamento, Fazenda e Saúde) para estudar e elaborar um projeto de lei que para a reformulação do Sistema de Previdência Social. Nenhum projeto de lei foi encaminhado pelo executivo ao Congresso, mas o trabalho realizado serviu como base para o processo de unificação dos Institutos (97). O debate na Comissão girou em torno da reforma da Lei Orgânica da Previdência Social, da criação de um Ministério da Previdência Social (que ocorreu somente em 1974), entre outras medidas. No entanto, uma das propostas se destacava: de acordo com esta autora, o sistema apresentado “*tratava-se de uma concepção de seguro social que pretendia a universalização do sistema e que já constava do artigo inicial do anteprojeto de reforma da Lei Orgânica*” (p. 221). A partir de 1966, passos mais decididos foram dados em direção à unificação. O Decreto no. 59.119, de agosto de 1966, que deu poderes excepcionais ao presidente do Conselho-Diretor do Departamento Nacional de Previdência Social, significou o fim do DNPS “como órgão colegiado” – isto é, o fim da

do que viria a ser o início do processo de privatização, a intervenção no IAPI, através de um “Plano de Emergência”¹⁰³ permitiu ao governo realizar um duplo movimento: atacar os problemas financeiros e administrativos deste instituto e testar um conjunto de medidas referentes à assistência à saúde dentre as quais se destaca a ampliação da modalidade de convênios-empresa¹⁰⁴. Esta modalidade, segundo o relatório de grupo de trabalho criado pelo governo para estudar a situação da Previdência Social em 1966, foi exitosa. O relatório apontava que os convênios-empresa proporcionaram ampliação de cobertura, maior agilidade e melhor qualidade, bem como menores gastos, uma vez que o IAPI se desobrigava de ampliar a rede própria (68). O Plano de Emergência fundamentou, em linhas gerais, o próximo passo do processo de unificação – e privatização – do modelo: o Plano de Ação para a Previdência Social (PAPS), cujas normas norteariam desde o funcionamento do futuro INPS como teriam repercussões no Plano de Pronta Ação em 1974¹⁰⁵.

Outro ponto que merece destaque é a ampliação da cobertura previdenciária para diversos setores. Cabe registrar que em 1967 o INPS incorporou a função de cobrir os seguros relativos a acidentes de trabalho; em 1971, com a criação do PRORURAL, os trabalhadores rurais foram incorporados ao sistema previdenciário. Em 1972, as empregadas domésticas puderam ter acesso aos benefícios previdenciários, o mesmo se passando com os autônomos em 1973, e com os maiores de 70 e inválidos em 1974¹⁰⁶ (17). Se, de um lado, este aumento de cobertura também elevou as expectativas destes segmentos de desfrutarem da assistência à saúde, por outro lado também incorporou expressivo setor a um novo mercado – garantido pelo compromisso estatal de ampliá-lo sob o modelo previdenciário privatista.

participação de empregados e empregadores nos processos de tomada de decisão da Previdência Social. Esta medida efetivou ainda a criação das comunidades de serviços, com as quais o governo militar procurava evitar a duplicação de serviços no mesmo local (por exemplo, onde houvesse um IAP, este teria de prover assistência a todos os segurados da previdência, e não apenas de sua categoria) (97).

¹⁰³ Instituído pela respectiva Junta Interventora em 31/07/64

¹⁰⁴ Embora o primeiro convênio-empresa seja de maio de 64 (com a Volkswagen), este modelo foi sendo progressivamente adotado pelo IAPI, em detrimento da expansão da rede própria – como já era tradição deste instituto.

¹⁰⁵ No que diz respeito à assistência à saúde, este plano estabelecia em suas diretrizes “a manutenção dos serviços próprios, tão somente em caráter provisório e a utilização sistemática” de terceiros, com a seguinte prioridade: a) serviços médicos das empresas filiadas ou mantidas por órgãos classistas; b) serviços privados não lucrativos; c) demais serviços privados. Estas características guardariam muitas semelhanças com o plano de emergência do IAPI.

¹⁰⁶ A mesma autora cita estudo que mostra que entre 1968 e 1978 o número de segurados contribuintes quase triplicou e que o orçamento da Previdência Social representava cerca de 40% do orçamento da União.

5.2.1.2 Os setores em conflito

A literatura encontrada no período confere bastante ênfase à questão da organização do trabalho médico e das transformações deste, e suas relações com as mudanças no aparelho prestador de serviços. Sem pretender realizar um resgate minucioso, aqui se procurará compreender as mudanças da organização do trabalho em saúde dentro dos conflitos consentidos pelo regime em torno dos rumos da ampliação das políticas assistenciais na saúde.

O processo de transformação do trabalho em saúde, constituído pelo aprofundamento da especialização, pela perda do controle do médico de seu processo de trabalho – ou “perda de autonomia e assalariamento”, para Donnangelo (41), pelo adensamento tecnológico, denominado “tecnificação do ato médico” (39). Este, caracterizado pela incorporação sempre renovada de tecnologias modernas – e cujo maior símbolo, o hospital, passava a ser o paradigma de cuidados de saúde de qualidade superior, foi, a partir do fim da segunda guerra, talvez o traço mais marcante da mudança da organização do trabalho em saúde no mundo todo. A deterioração do caráter liberal da profissão médica e a penetração das relações sociais capitalistas¹⁰⁷ formaram tendência que polarizou segmentos do Estado, tecnocracia, empresas, entidades corporativas médicas. As inovações técnicas e a ampliação e diversificação dos meios de trabalho solapavam progressivamente a forma *liberal* prática de saúde (fundamentalmente médica), ao minimizar o controle, por parte do produtor direto, da totalidade do processo de trabalho. Simultaneamente, estas mudanças tenderam a concentrar os meios de trabalho (41). A autora afirma que a mudança nas práticas médicas não conduz, necessariamente, a uma dada conformação do processo de trabalho. Na situação concreta brasileira, este processo, que vinha se ensaiando, vai encontrar, durante o período estudado, um ponto de maturação, e será um dos eixos de conflito em torno da ampliação do aparelho prestador de serviços de saúde.

O Plano Nacional de Saúde de 1968, proposto durante a gestão de Leonel Miranda no Ministério da Saúde, pode ser um ponto de partida deste momento divisor de águas. Tratava-se de dar continência à proposta contida no PAEG, de transferir toda a assistência à saúde, no âmbito da Previdência, para aquele ministério. O fundamento do Plano Leonel Miranda, como era chamado, era a “privatização total da produção de serviços médico-hospitalares e seu financiamento por fundos públicos e, parcialmente,

¹⁰⁷ Este processo não se conformou com a generalização do trabalho assalariado, mas com a existência de uma gama de formas de trabalho: além do assalariamento, as práticas “autônomas”, como o cooperativismo, os consultórios, ambulatórios e hospitais contratados pelo INAMPS, bem como as demais formas de contrato sob as empresas de medicina de grupo. Campos (100) ressalta que em meados daquela década mais da metade dos atos médicos eram realizados sob formas “autônomas” de trabalho.

pelo consumidor” (41), bem como “o regime de livre escolha do médico e do hospital pelo cliente”. Ao adotar o princípio da privatização total acoplado com o regime de livre escolha, o Plano não fazia mais que legitimar as proposições das entidades corporativas médicas, como a AMB, que a justificava como a principal forma de preservar a qualidade dos serviços prestados e preservar a autonomia do médico (19).

As críticas ao Plano foram severas. Em documento aprovado na Congregação da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP, os docentes daquela instituição denunciavam o aprofundamento da dicotomia *saúde curativa/saúde preventiva*, os efeitos nocivos da privatização para o atendimento do conjunto da população (uma vez que a atenção privatizada seria privilégio de poucos), para o aprofundamento das desigualdades regionais (uma vez que o modelo se mostrava ainda mais inviável para as regiões mais pobres), bem como na criação de um canal de drenagem dos recursos públicos para empresas privadas (99). Gentile de Mello também explicitou a enorme inadequação entre os objetivos do Plano Decenal do Ministério do Planejamento (reduzir as taxas de morbidade e mortalidade de doenças transmissíveis, superar as desigualdades regionais dos recursos médicos sanitários e melhorar a qualidade dos serviços) e o preconizado pelo Plano Leonel Miranda (investimentos prioritários em serviços hospitalares, de alta densidade tecnológica, de urgência e emergência). O regime de livre escolha favorecia infrações éticas, como a execução de atos médicos desnecessários, mas realizados para garantir faturamento. Além disto, os recursos financeiros previstos para o Plano se mostravam francamente insuficientes para seus propósitos. Sinteticamente, para Gentile de Mello, o PNS era inexecutável, privatizante, inviável técnica e financeiramente, descoordenado (pois apontava a incapacidade do MS de gerir diversas unidades privatizadas), incompatível com o regime previdenciário e inadequado às necessidades do desenvolvimento nacional (19).

O PNS foi implantado em quatro cidades, de forma experimental: Nova Friburgo, Barbacena, Goiânia e Mossoró. Na primeira cidade, foi encontrada uma coleção de procedimentos desnecessários e/ou nocivos (como elevada taxa de cesarianas), fragilidades na fiscalização que deram vazão a fraudes, elevando em muito o custo da assistência. Se os custos verificados em Nova Friburgo fossem extrapolados pra o resto do Brasil, seriam necessários 10% do PIB para realizá-lo, mais que o dobro dos 4,5% previstos inicialmente (19).

A inviabilidade do PNS também demonstrou a inviabilidade econômica de incorporar o modelo desejado pelas entidades médicas liberais. Além disso, para o fracasso do Plano contou a oposição da tecnocracia do INPS, que representava também um dos pilares da legitimidade do regime, com a política de ampliação de benefícios (73). O papel desempenhado pelos sanitaristas também pode ser

reconstituído pela crítica exposta no documento da Congregação da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP (com alguma influência da vertente desenvolvimentista), das associações médicas do estado da Guanabara (41) e na mobilização desencadeada no XVII Congresso Brasileiro de Higiene, em Salvador (1969).

A pugna em torno do PNS explicitava a resistência dos médicos às transformações do trabalho e a necessidade de expansão do modelo previdenciário, preferido pelo regime¹⁰⁸. Esta expansão, como se verá, foi baseada no empresariamento da assistência à saúde, à qual os médicos resistiram de formas variadas. Segundo Donnangelo (41), o projeto político liberal da AMB combinava “o princípio da livre escolha e do segredo profissional, a negação do assalariamento, o custeio parcial dos serviços pelo cliente, a redefinição do papel do Estado e, mais recentemente, o combate a uma parcela do setor privado, representada pela 'medicina de grupo'” (p.133). Desta maneira, o corporativismo médico procura se contrapor às transformações da prática médica, resistindo à submissão ao capital do setor, mas procurando manter sua autonomia.

Neste trabalho sobre os médicos de São Paulo, esta autora os divide conforme três visões ideológicas: a *liberal*, que advoga as características tradicionais do trabalho médico (livre escolha do profissional, autonomia ampla sobre as decisões clínicas), representada pela maior parte das entidades corporativas médicas, sintetizadas no que Campos (100) denominou de *kassabismo*; a *empresarial*, que não exclui a priori a assimilação de características tradicionais do trabalho médico, mas tem um conflito fundamental no que diz respeito ao *ethos*: advoga a lucratividade como motor da qualidade da atenção e da organização dos serviços de saúde. Seus principais representantes eram as associações empresariais, como a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) e Federação Brasileira de Hospitais (FBH); e, por fim, a *estatizante*, de caráter difuso, de difícil identificação de seus proponentes, uma vez que mesmo setores da burocracia previdenciária estatal tinham, no geral, uma visão privatizante, restando a poucos e esparsos setores a defesa da estatização dos serviços de saúde (41).

A capitalização da medicina apenas tomava seu primeiro grande impulso com a unificação previdenciária. As forças em conflito não poderiam, ou antes, não desejariam se contrapor à generalização das relações mercantis na saúde, ainda que o discurso da ética médica liberal pudesse sugerir resistência de maior fôlego. Na prática, o embate entre os grupos portadores destas ideologias,

¹⁰⁸O antigo IAPI, premido pelo expressivo aumento de sua base de segurados (dentre os quais era um setor largamente propenso ao adoecimento), de um lado, e pela insuficiência de serviços próprios, sofreu as pressões por atendimento dos beneficiários, de um lado, e por outro dos empresários, que reclamavam a demora da concessão de atestados, do controle do absentismo, etc. Completava o quadro a cultura institucional daquele IAP de restrição de benefícios (68,70).

feito por cima e pelos de cima, só poderia ter como resultado um modelo distante das necessidades do conjunto da sociedade brasileira. Assim sendo, o avanço da capitalização da medicina foi conduzido, por um lado, pelas transnacionais farmacêuticas e de equipamentos, que aprofundaram a atenção centrada no médico. Do outro, as chamadas empresas médicas (medicinas de grupo e as recém-criadas cooperativas médicas), bem como as outras incipientes formas de assistência privada não ligadas diretamente ao aparelho previdenciário, formaram as bases de um moderno mercado de planos e seguros de saúde, cujo desenvolvimento se tornaria mais explícito a partir dos anos 80 (14,92).

O assalariamento generalizado ou de parcelas expressivas da profissão médica, que seria relativamente comum em países que lograram constituir sistemas de saúde nos marcos beveridgeanos, não chegou a se constituir como realidade no Brasil. A força deste segmento, seus vínculos políticos e empresariais, bem como a capacidade de resistir de forma negociada à irreversibilidade da mercantilização da saúde conformaram a base do que Campos (100) denominou modelo neoliberal de produção de serviços de saúde¹⁰⁹. A criação das cooperativas médicas a partir de 1968 (UNIMED Santos), pensadas pelas entidades médicas como forma de se proteger do que consideravam intervenção de empresários e do Estado na sua prática autônoma, acabaram por se constituir, no fundo, como um dos pilares do empresariamento da saúde similar ao das medicinas de grupo (17,68).

A própria edição do capítulo de seguro saúde do Decreto-Lei 73, de 1966, que criou o Conselho Nacional de Seguros Privados, é um exemplo da convergência de interesses entre as seguradoras e as entidades médicas liberais, ao preservar princípios caros a estes, como a livre escolha, a liberdade terapêutica, a liberdade de estabelecimento de honorários (91), mesmo que a evolução ulterior sempre pendesse a favor das primeiras. Este pode ser considerado um exemplo típico da combinação entre *moderno* e *atraso*, tão comum nos marcos do capitalismo dependente, de forma a preservar a perpetuação dos privilégios, e atenuar os choques advindos das rápidas mudanças vindas de fora – no caso, a tendência ao desenvolvimento das relações capitalistas no trabalho em saúde. No fundo, a predominância da lógica de negócios era tal que Luz (94) apontava que o dito “estatismo” era um espantinho, pois a polarização “liberalismo privatista” versus “estatismo privatizante” eram lados distintos da mesma moeda (p.128).

¹⁰⁹Exemplo disto, segundo este autor, é que 50% de todos os atos médicos, na década de 1980, se davam nos marcos da autonomia ou da prática liberal.

5.2.1.3 A privatização e expansão das formas assistenciais

Depois da centralização, o INPS passou a ser o maior comprador de serviços de assistência individual à saúde do Brasil (17). Em 1960, metade dos serviços de saúde passava pelos IAPs, ao passo que em 1975 90% dos serviços eram, direta ou indiretamente, vinculados ao INPS (6). Sua direção, em larga medida oriunda do antigo IAPI, não hesitou em delinear um modelo francamente privatista¹¹⁰, aliás, em consonância com os princípios do regime de 1º de abril de 1964. As duas principais formas assistenciais, a serem estudadas a seguir, que constituíram a espinha dorsal do modelo foram o *contrato de serviços de saúde* (ou compra de serviços) e os *convênios* (estabelecidos principalmente com empresas)¹¹¹.

Os gastos com assistência continuavam crescendo. Em 1967, 22,4% das despesas do INPS era com saúde, taxa que cresceu para 26,0% em 1974 (39) (p. 102). Este aumento, no período, foi principalmente à custa da assistência ambulatorial, que passou de 23,3% das despesas do INPS com saúde para 32,4%, ao passo que a parte de assistência hospitalar caiu ligeiramente: de 65,6% para 59,2% (p. 100).

A rede hospitalar também se tornou mais privada com caráter lucrativo. Em 1965, 84.494 leitos hospitalares eram públicos (37,9% do total) e 144.051 (62,1%) eram privados, ao passo que, em 1975, 124.734 eram públicos (31,6% do total) e 270.048 (68,4%) eram privados. Dentre os leitos privados, em 1960, 85,6% do total estavam em instituições não lucrativas, ao passo que em 1975, 54,8% dos leitos hospitalares estavam em instituições declaradamente não lucrativas¹¹² (p. 75). A distribuição das internações, porém, não apresentou mudanças: em 1970, 95,8% das internações eram feitas em hospitais

¹¹⁰ O discurso de representantes das altas camadas da tecnocracia previdenciária já demonstravam isso: “Há que se reconquistar a classe operária traumatizada: a) pela cessação de extravagantes reajustamentos salariais (prontamente tragados, aliás, pela inflação), e b) pela interrupção do processo de politização dos sindicatos. O trauma foi agravado pela insuficiente conscientização dos trabalhadores embutidos nos atuais programas de habitação, saneamento, educação e reorganização da assistência social” (José Dias Sobrinho); “E depois de 64 ficou mais bem coordenado [o sistema de assistência à saúde; pouco antes da revolução nós assistíamos a sindicatos intervirem especificamente na ação médica, que não é política, é eminentemente técnica (...)] A Revolução teve o mérito de disciplinar estas ações” (José Granado Neiva) (citados em 68).

¹¹¹ Havia as seguintes formas de prestação de assistência individual à saúde pelo INPS: Serviços próprios; hospitais sob três tipos de contratos (com equipe dos quadros do INPS, com pagamento *per capita* – pacientes físicos e portadores de doenças mentais, com pagamento por unidade de serviço), regime de livre escolha, convênios com empresas (deduzidos uma parcela mensal por segurado-empregado da contribuição previdenciária), convênios com sindicatos, acordos, convênios e contratos com instituições municipais, estaduais e federais, subvenção a entidades beneficentes e financiamento para construção, ampliação e reforma de entidades filantrópicas (19).

¹¹² A transformação das Santas Casas, onde se localizam a maior parte dos leitos privados não filantrópicos, de entidades caritativas em locais onde o corpo clínico passou a predominar na escolha dos padrões assistenciais, integrando-as, assim, ao complexo previdenciário (observação do Professor Nelson Rodrigues dos Santos na banca de qualificação)

não próprios (isto é, privados), ao passo que em 1974, este valor é de 95,7% - o total de internações sobre de 2.815.522 para 4.082.702 (aumento de 45%) (p. 116).

Mesmo a área em que predominavam os serviços próprios, a assistência ambulatorial, sofre um golpe das formas privadas: em 1971, 83,4 % das consultas feitas pelo INPS provinham de serviços próprios, número que caiu para 79,9% em 1974 e 48,5% em 1976 – num crescimento de 47.799.459 para 114.067.825 consultas totais (aumento de 138,6%). Fato semelhante ocorreu com a rubrica exames complementares e procedimentos odontológicos: em 1971, 61,2% eram prestados por serviços próprios, ao passo que e, 1976, estes foram apenas 29,1% - num crescimento de 36.644.414 para 109.087.879 procedimentos totais (aumento de 197,7%).

Estes dados demonstram a magnitude da prioridade ao setor privado no período em questão. Se, de acordo com Cordeiro (68), houve um interregno entre 1970-1972 no *discurso* governamental em favor da ampliação de serviços próprios e convênios com sindicatos¹¹³, de forma a fortalecer o caráter assistencial destes (de forma a garantir um canal de legitimação do regime), isto não chegou a modificar o sentido do processo de privatização.

5.2.1.3.1 O setor contratado

A existência de serviços – predominantemente hospitais – fora da rede própria do aparelho previdenciário precede a existência do INPS, como exposto acima. Enquanto alguns IAPs (como o IAPB) priorizavam a expansão da rede própria, o IAPI, que apresentou maior crescimento na base de segurados entre os anos 50 e 60, já teve sua expansão de cobertura ancorada na compra de serviços desde este período (68). Utilizando argumentos de natureza “técnica” – a insuficiência da rede própria, o credenciamento continuou a crescer, ainda que em taxas semelhantes à do crescimento da rede hospitalar, mas em ritmo superior no caso das consultas e dos serviços complementares.

Os serviços eram contratados de diversas maneiras: desde hospitais em que trabalhavam profissionais contratados pelo INPS, passando por remuneração por paciente internado (tuberculose e doenças mentais). O regime preponderante, no entanto, era o pagamento por Unidade de Serviços (US), era, no termo célebre de Carlos Gentile de Mello, *fator incontrolável de corrupção*. Como os pagamentos eram realizados com base numa tabela de preço por ato médico, as possibilidades de

¹¹³ Sintetizada na Portaria número 48 do INPS de julho de 1972

executá-los cujo critério era primordialmente do lucro passou a reger a prática assistencial¹¹⁴. Desde a epidemia de cesarianas relatada por Gentile de Mello, chegando aos extensos relatos de cirurgias por etapas (realizar, em diversos tempos cirúrgicos, procedimentos que poderiam ser feitos em apenas um), bem como a proliferação de contas fantasmas, chegaram a ser realizadas 600.000 internações desnecessárias, conforme relato do presidente do INPS (6).

Gentile de Mello (19) também cita o caso do tempo de permanência hospitalar na rede, menores em casos simples ou de internação desnecessária, e maiores em que a remuneração era feita por paciente por dia, como no caso das internações por tuberculose. Cita ainda relatos de que casos clinicamente mais complicados, com tendência ao prolongamento do tempo de internação, eram evitados pela rede contratada. Já na saúde mental, em os manicômios eram remunerados por diária de paciente internado, Paulin e Turato (101) relatam chegar a sete meses o tempo médio de internação para casos agudos de doença mental. Além disso, entre 1965 e 1968, cresceram “em 20% no total da população hospitalar (60% na rede particular); 51% de primeiras admissões (84% na particular); 48% no total de readmissões (98% na rede particular); e um crescimento de 45% no total de leitos-chão¹¹⁵ (1.040% na particular)”. Como demonstram os números, o crescimento foi realizado principalmente à custa do aumento da capacidade da rede privada – a *indústria da loucura*¹¹⁶. Carlos Gentile de Mello aponta, em 1976, que 97% dos recursos do INPS para o setor foram destinados a internações, e, no ano de 1973, 36% das consultas psiquiátricas resultaram em internação no estado de São Paulo (19). Segundo dados do INAMPS apresentados por Lima et al (102), em 1977 96% dos recursos daquele órgão para saúde mental foram gastos com hospitalizações, e teria havido 195 mil internações desnecessárias neste campo.

5.2.1.3.2 O Setor Conveniado

O setor conveniado era, diferentemente da forma anterior, contratado pelo modelo de pré-pagamento: um contrato de serviços pago globalmente, e não por ato executado, que possibilitaria conciliar o atendimento da crescente demanda com certo controle dos gastos. Dentre os diversos tipos,

¹¹⁴ O então presidente do INPS chega a admitir, em discurso, que esta prática fraudulenta era comum e visava garantir o lucro devido a defasagem das tabelas (6) (p. 221).

¹¹⁵ Os autores tomam o termo de Cerqueira (1984), que assim denominava os pacientes que excediam a capacidade dos hospitais.

¹¹⁶ Segundo estes autores, o próprio Leonel Miranda, do fracassado Plano Nacional de Saúde, era grande proprietário de leitos psiquiátricos.

dados de 1976 apontavam que os convênios com as empresas, 3.191, predominavam sobre os feitos com os sindicatos, 390, com prefeituras, 24, governos estaduais, 30 e universidades, 17 ¹¹⁷ (6). Em 1973, já havia 132 grupos médicos operando em sete capitais brasileiras, cobrindo população de cerca de 3,5 milhões de pessoas – 2,5 milhões só na capital paulista¹¹⁸ (68).

Neste sentido, fica claro que a principal forma de convênio foi a realizada com empresas – a chamada “medicina de grupo”. Suas origens remontam aos *departamentos médicos das empresas*, criadas com a finalidade de selecionar pessoal, controlar o absenteísmo, assegurar pronto retorno dos doentes ao trabalho e servir de chamariz à mão de obra, a partir da década de 40. Estes evoluíram para grupos médicos que realizavam a prestação de serviços para empresas, já no final da década de 1950, tendência esta também verificada para outras áreas como manutenção e limpeza (6,17). Sua ação reparadora da força de trabalho e apaziguadora da contradição capital x trabalho mereceu a conceituação de *medicalização dos conflitos* nas fábricas (72).

Tendo como precursores convênios entre o IAPI e as empresas para criar uma espécie de previdência privada, com esta renda acumulada pela empregadora (103), o convênio da previdência com as empresas ou com a medicina de grupo, com a finalidade de prover serviços de saúde, foi autorizado pela LOPS de 1960, mas só entrou em vigor a partir de maio de 1964, no convênio assinado entre Volkswagen e IAPI. Por este acordo, a empresa assumiria a prestação de serviços de assistência individual à saúde. Após a criação do INPS, esta modalidade proliferou, tanto no que diz respeito a empresa ou às medicinas de grupo cadastradas. A criação da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), em 1966, e da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), em 1965, foram expressão e, ao mesmo tempo, artífices da tendência privatista que começava a tomar corpo.

O setor foi, posteriormente, beneficiado com renúncias fiscais. A partir de 1969, uma portaria do MTPS estabelecia a restituição de 5% do maior salário mínimo por segurado, no caso de convênios com grandes empresas, com a contrapartida de desresponsabilização do INPS de prestar assistência a estes segurados¹¹⁹. Em 1971, resolução do INPS abre a possibilidade destes convênios serem realizados com empresas de menor porte (17,68). Giffoni (72) a atenção para o fato de que o custo da atenção à saúde,

¹¹⁷ Os convênios com o setor público, pela importância que adquirem, serão discutidos no item a seguir.

¹¹⁸ Este era o total da população coberta pelos convênios. Deste total, cerca de 2,5 milhões não estavam sob intervenção do INPS.

¹¹⁹ Apenas exames periciais para avaliação da capacidade laboral por acidente de trabalho estavam excluídos das atribuições dos conveniados. A partir de 1972, os atestados para justificar faltas por motivos de saúde puderam começar a ser expedidos pelas empresas, e, em 1975, resolução do INPS se desresponsabilizava de prestar assistência à saúde aos aposentados, aos afastados por motivos de trabalho e aos internados por mais de 180 dias no período de um ano.

antes suportado pelos empregadores, agora é socializado pelo INPS.

O final da década de 1960 e a década de 1970 foi o período em que esta modalidade predominou, fora dos marcos da assistência direta da previdência ou por ela contratada. Inicialmente vinculados às grandes empresas do setor monopolista, em especial em São Paulo, os convênios empresa vinculados ao INPS chegaram a atingir 1,8 milhão de segurados (cerca de 10% do total dos beneficiários do INPS, em 1976). Para Bahia (17), os efeitos principais dos convênios se devem aos “impactos de suas normas sobre a definição das coberturas, dos regimes de atendimento e da formação de planos segundo critérios de status socio-ocupacional”. A diferenciação da qualidade da assistência à saúde dentro de cada empresa, de acordo com o posto de trabalho, dentre as diferentes categorias (herdada, em grande medida, do período populista), dos planos de administração das empresas estatais, de maior abrangência, ou mesmo as grandes diferenças regionais¹²⁰ no que diz respeito às disponibilidades de serviços de saúde dão a tônica da *heterogeneidade estrutural*, típica do subdesenvolvimento, que permeava a chamada *universalização* da Previdência social (72,89,91,104). A combinação entre universalização previdenciária e diferenciação não é antagônica, mas complementar e *necessária*.

O moderno mercado da medicina de grupo, portanto, baseou seu dinamismo na divisão de riscos entre o setor público (que assumiu tanto as áreas mais “deficitárias”, como atenção aos idosos, internações prolongadas, portadores de tuberculose, agravos mentais, implantes, transplantes, hemodiálise, cirurgia cardíaca, entre outros) e o privado e na liberalidade com que as empregadoras decidiam sobre as coberturas e elegibilidade de empregados e dependentes. Além disso, a socialização dos custos dos planos – o INPS cobria 30% das despesas, e o restante entrava como dedução de impostos como o Imposto de Renda, a partir de 1974 – e o surgimento de redes especializadas para os ocupantes dos postos mais altos da divisão do trabalho nas empresas completavam o quadro da meticulosa segmentação da atenção (6,17,19).

5.2.1.4 Balanço do Período

Os estímulos oficiais à privatização da assistência individual à saúde foram explícitos. Se houve variação nas modalidades, nas formas, na intensidade e nos ritmos de modernização, isto se deve explicar pela necessidade de combinar o *moderno* e o *atrasado* dentre as diversas formas de organização

¹²⁰Em Médici (89,90) há muitos dados a este respeito. Atente-se para as diferenças entre o número de leitos hospitalares por habitante e da população coberta por planos e seguros de saúde, muito maiores no Sudeste e no Sul, em detrimento de Norte e Nordeste.

do trabalho em saúde. O desenvolvimento da medicina de grupo não anulou a existência das formas de pagamento por unidade de serviços. Se o processo de modernização dirigido pelas empresas médicas incomodava os setores “liberais” da corporação médica, esta não chegou a sofrer assalariamento generalizado, podendo preservar, em grande parte, muito de sua “autonomia” – sempre, e cada vez mais, subordinada ao desenvolvimento do capital no setor.

As tentativas da corporação médica de combater o avanço das formas capitalistas de organização do trabalho, cujo melhor representante foram as *cooperativas médicas*, falharam em parte. De um lado, tornaram-se, como a medicina de grupo, parte do negócio. Do outro, asseguraram, para parte deste segmento, uma forma menos turbulenta de se incorporar ao padrão de modernização das relações de trabalho no setor. O fracasso do Plano Leonel Miranda também dá a tônica da inviabilidade de um modelo totalmente privatista dirigido pela corporação médica. A linha de menor tensão foi, no caso, a combinação de diversas modalidades assistenciais.

Por outro lado, a formação do INPS potencializou de forma inédita a proliferação do negócio da saúde no Brasil. Enquanto durou o fôlego do “milagre econômico”, a expansão foi baseada fundamentalmente no caríssimo setor contratado baseado nas USs, e no incipiente – mas em franco crescimento – modelo de convênios-empresa. A partir de 1973-74, o regime se viu diante de uma crise social e política, para a qual as políticas de legitimação precisavam dar uma rápida resposta. As profundas fraturas regionais e sociais, no que diz respeito aos tipos de assistência, à infraestrutura e capacidade instalada, e mesmo à qualidade dos serviços, demonstra a dissociação entre lógica dos negócios e integração social e nacional:

A ampliação do setor conveniado não significou que se pretendesse limitar o setor privado contratado. Mas, essa ampliação facilitada pela Previdência, é apenas uma diferenciação que na verdade ajuda a manter a liderança do setor contratado e possibilita a diferenciação exigida pelo grande capital para o atendimento da mão de obra que ele emprega, sem que o princípio da universalização que caracteriza a política social do Estado no setor de benefícios e assistência seja afetado. Universalização e diferenciação se completam, embora essa associação não seja sempre harmoniosa e haja atritos mais ou menos constantes entre eles (72) (p. 34).

5.2.2 1974 – 1979 Crise do milagre e aprofundamento do modelo

O ano de 1974 foi um ponto de inflexão na trajetória do regime. Com as mudanças no cenário internacional, cuja expressão mais célebre foi a choque do petróleo de 1973, deu-se o estímulo para o

esgotamento do “milagre econômico”, com agravamento da situação econômica: crescimento da dívida externa, desaceleração econômica, aumento da inflação, o incremento do desemprego e da pauperização, da violência urbana acentuaram as tensões sociais¹²¹.

O cenário de vacas magras projetado abriu fissuras no tope. A partilha do butim não seria mais generosa, e partem inúmeros apelos contra o “estatismo” dos governos militares por parte de um setor da burguesia¹²², interessados em se apropriar de parte dos negócios que não estavam diretamente sob seu controle. O próprio Geisel, logo após sua aclamação, tratou de expor para seu ministério seu plano para uma “distensão lenta, gradual e segura”, enquanto a oposição consentida teve uma inesperada vitória nas eleições legislativas de 1974.

O estremecimento do apoio ao regime, evidente nos resultados das eleições municipais de 1976, em que a Arena não obtém a vitória “programada”¹²³, e o aumento da atividade de setores como a ala progressista da Igreja Católica, a OAB, a ABI, a SBPC, que ensaiavam críticas mais contundentes ao regime, e mesmo críticas de dentro do próprio governo¹²⁴ davam a medida da crise.

5.2.2.1 II PND e a saúde

O agravamento do quadro social e a perda de legitimidade do regime, bem como a necessidade de contornar a situação econômica foram os ingredientes que levaram a edição do II PND. Segundo Carneiro (105), O II PND “consistia num amplo programa de investimentos cujos objetivos gerais eram transformar a estrutura produtiva e superar os desequilíbrios externos, conduzindo o Brasil a uma posição de potência intermediária no cenário internacional” (p.55).

Segundo este autor, o Plano tinha quatro eixos fundamentais: primeiro, modificações na matriz

¹²¹ O discurso do ditador Ernesto Geisel, em 30 de dezembro de 1974, é de surpreendente franqueza sobre a gravidade do quadro - <http://www.youtube.com/watch?v=9jch7mKp-Vs>

¹²² Comentando sobre matéria crítica à empresas estatais, publicada no jornal *O Estado de S. Paulo*, Caio Prado Júnior (49) expõe as contradições entre o “capitalismo burocrático” e a “burguesia ortodoxa” no momento da crise: “[a matéria] reflete a rivalidade latente, talvez até mesmo ainda mal caracterizada e compreendida com precisão pelos próprios participantes dela, mas presente e claramente implícita nos fatos, nas formulações, nos atritos, numa contenda que se define e aprofunda cada vez mais na medida em que o agravamento da crise que o país atravessa cria dificuldades crescentes para todo mundo. (...) No momento, são sem dúvida os fundos de financiamento que entre nós o Estado, ou antes o governo, controla direta ou indiretamente em tão larga escala, e de que é grande e principal fonte provedora, são aqueles fundos de financiamento que vem despertando e estimulando a rivalidade e concorrência no nível burguês. Que até mesmo contribuíram decisivamente para desencadear a luta aberta, que fizeram defrontar-se empresários privados e empresas estatais, ou melhor, seus dirigentes, discriminando com isso os dois setores e melhor destacando um do outro” (pp. 255-256).

¹²³ A chamada Lei Falcão, que restringiu ao máximo a campanha, tinha como finalidade assegurar a vitória acachapante da Arena. O MDB, contudo, conseguiu se estabelecer como força política em grandes cidades do centro-sul.

¹²⁴ O ministro da Indústria e Comércio, Severo Gomes, defendeu a redemocratização e volta dos militares aos quartéis.

industrial, de forma a aumentar a participação da indústria pesada; segundo, aumentar a importância da empresa privada nacional; terceiro, desconcentrar a atividade produtiva, reduzindo a concentração regional da produção; por fim, melhorar a distribuição e renda.

A melhoria da distribuição de renda passaria também pela questão social. A saúde, como área prioritária do II PND, teria como principais problemas “de ordem gerencial e administrativa apresentando distorções que deveriam ser superadas para que se justificasse a alocação de recursos no setor”. Por este motivo, as propostas de reorientação do setor nessa conjuntura se caracterizaram por terem sido fundamentalmente reformas institucionais (7). Foi neste sentido que vieram, em 1974, a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), desmembrado do Ministério do Trabalho; do Plano de Pronta Ação (PPA); do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) e do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS); da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), bem como a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975, e do Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), já em 1977. Além disso, a criação do convênio da Previdência com os Hospitais Universitários (o convênio MEC/MPAS) e – não menos importante – o aumento de recursos para o Ministério da Saúde, bem como a abertura de estímulos para formação de pessoal¹²⁵.

No fundo, o diagnóstico dos problemas da Previdência Social expressava as manifestações próprias da crise do “milagre”. O modelo de compra de serviços, caríssimo, comprometia a situação financeira do aparelho previdenciário. De outro lado, a saída proposta pelo regime para a crise econômica e política exigiu a ampliação de serviços; por fim, os laços estabelecidos com o “complexo médico-previdenciário” não deixam margem para ampliação via serviços próprios. As medidas tomadas, portanto, não teriam muito espaço para promover maiores modificações no quadro geral do aparelho previdenciário.

A **criação do MPAS** foi mais um desdobramento do processo de ganho de importância do aparelho previdenciário no jogo político do regime e do volume de negócios que passavam por este. Sua criação institucionaliza legalmente a dicotomia *saúde curativa/saúde preventiva*, esta a cargo do Ministério da Saúde, de acordo com o estabelecido pelo II PND, e posteriormente, pela criação do CDS e do Sistema Nacional de Saúde (6,7).

¹²⁵ Escorel (6) cita, neste caso, o Centro Nacional de Recursos Humanos do IPEA (CNRH/IPEA), a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da OPAS (PPREPS/OPAS). Estas iniciativas deram origem a diversos projetos acadêmicos, onde se desenvolveu grande parte do pensamento e dos militantes do movimento da reforma sanitária, além de projetos assistenciais inovadores, como o Programa de Interiorização de Ações de Saneamento e Saúde (PIASS).

O **CDS** foi uma tentativa de criar um correlato do Conselho de Desenvolvimento Econômico – uma instituição capaz de coordenar as ações das pastas da área social. No caso da saúde, isso significou aprofundar a dicotomia e amputar ainda mais as atribuições do MS. Na prática, porém, principal ação do CDS foi decidir sobre as aplicações dos recursos do **FAS**. Este fundo, criado com o objetivo de dar apoio financeiro às ações sociais preconizadas pelo II PND. Sua gerência seria feita pela Caixa Econômica Federal (CEF), com recursos provenientes das loterias, das operações líquidas do banco, de dotações orçamentárias da União e outros recursos.

Segundo os objetivos governamentais, projetos de interesse do setor público e do setor privado nas áreas de saúde, saneamento, Educação, Trabalho e Previdência e Assistência Social, bem como “programas de caráter social para atendimento de pessoas físicas” teriam prioridade na obtenção de financiamento. O FAS acabou por desempenhar dois papéis distintos. De um lado, centralizou as operações a fundo perdido do governo federal (Conta de Repasses e Transferências, alimentadas pelas rendas líquidas das loterias). De outro, financiava os projetos de cada ministério (Conta das Operações Financeiras, alimentados pelos demais recursos). Segundo a lei que criou o FAS, 70% dos recursos deveriam ser investidos no setor público (39).

O **PPA** foi uma tentativa de o governo promover a expansão da cobertura, através de uma série de portarias e resoluções para normatizar o complexo previdenciário. Representou, de certa maneira, uma forma de otimizar o uso da capacidade instalada (pública e privada) para garantir o acesso da população aos serviços de saúde. A principal medida do PPA foi “*desburocratização*” do atendimento nos casos de emergência (reembolso da previdência para a rede pública ou privada do atendimento, independentemente do vínculo previdenciário), o que, por um lado, deu um passo adiante para a integração das instituições previdenciárias com as secretarias de saúde e hospitais universitários, também permitiu o descontrole do número de atendimentos¹²⁶. O PPA também permitiu uma *divisão de atribuições dentro do setor hospitalar*: aos hospitais próprios, caberia o papel de pesquisa e formação de pessoal; aos serviços comprados e conveniados, caberia a ampliação do atendimento. Outra medida inclui a instituição do *copagamento*, por parte do segurado, caso opte por “instalações especiais” nos hospitais¹²⁷ (6).

A instituição do **DATAPREV** veio no sentido de buscar aperfeiçoar o controle do INPS sobre as

¹²⁶As denúncias de fraudes proliferavam. Em 1978, o presidente do INPS reconheceu a existência de 700 mil internações desnecessárias (73).

¹²⁷Este “*revival*” do regime de livre-escolha teve como objetivos incorporar os serviços previdenciários à cesta de consumo das camadas médias. Segundo Oliveira e Teixeira (6), esta medida acaba perpetuando o pagamento por US.

contas hospitalares. Mesmo sem possibilidade de controlar o conjunto dos procedimentos fraudulentos, apenas o fato de terem vindo à tona que 20% das contas foram rejeitadas por irregularidades (6) demonstram a magnitude do problema.

A **ampliação dos convênios com Estados, Municípios e Universidades**, como consequência do PPA, foi uma das formas de estender a cobertura diante dos elevados custos dos modelos contratado e da impossibilidade de ampliação dos serviços próprios¹²⁸. A novidade, no entanto, não foi devido à participação, ainda muito incipiente, destes no todo do aparelho previdenciário. As novidades vieram em dois sentidos: em primeiro lugar, no estabelecimento do convênio global, em que o pagamento se daria através de um valor global, ao invés das famigeradas Unidades de Serviço, que trouxe impactos positivos na qualidade da hospitalização¹²⁹. Em segundo lugar, a articulação do complexo previdenciário com o aparelho formador, que passa agora a atender as necessidades de qualificação para a modalidade de prática médica hegemônica - o modelo médico assistencial privatista (6,19).

Mesmo assim, em 1977, cerca de 20% dos hospitais universitários (em São Paulo) e de ensino não haviam aderido ao **convênio MEC/MPAS**. Os principais óbices à generalização destes convênios se deviam ao fato deles extinguirem vantagens pessoais do corpo docente das universidades – como a dupla remuneração (salário da universidade e os pagamentos por ato realizado) ou o fato de alguns docentes serem proprietários de hospitais de ensino (19). De fato, com os convênios, a tendência era de redução do faturamento, em grande medida pelo modelo de contrato por US ser de custo muito elevado (6).

A criação do **SNS**, em 1975, foi outra tentativa de coordenar o cipoal do Complexo Previdenciário – e suas relações com o Ministério da Saúde¹³⁰. Partindo de um diagnóstico em que a situação da assistência individual à saúde tinha como objetivos a produção de serviços pagos (com obtenção de lucro), sendo o sistema “insuficiente, mal distribuído, inadequado às necessidades da maioria, condições que fazem da nossa organização sanitária pouco eficaz e de baixa eficiência na

¹²⁸Esta é a justificativa dada para ser possível “uma diferenciação no Complexo Previdenciário, que, na realidade, ajuda a manter a hegemonia do setor contratado, escoando a demanda excessiva” (6) (p.243), dada a enorme preponderância do setor contratado frente ao conveniado - que, por sinal, é composto majoritariamente por convênios com empresas.

¹²⁹Após longo entreencontro entre a burocracia previdenciária e os grupos dirigentes da universidade, realizou-se o primeiro convênio deste tipo, entre a Universidade do Estado da Guanabara e o INPS. A concretização do convênio global trouxe melhorias no critério de hospitalização, diminuição de internações prolongadas e desnecessárias, bem como uma mudança no perfil nosológico (19). Há ainda o caso do convênio de manicômios porto-alergrenses com a SES gaúcha, em que houve alta em massa dos pacientes internados, indicando a falta de critério nestes procedimentos (p.207).

¹³⁰As críticas ao caráter liberal da previdência contidas no plano resultaram de luta entre setores de sanitaristas, que ocupavam cargos no Ministério da Saúde e resgataram elementos do sanitarismo desenvolvimentista, e alas privatizantes do governo (57).

solução dos problemas de saúde ainda prevalentes no País” (6). A proposta era subordinar todas as ações de saúde a uma direção estatal única, com o CDS sendo o coordenador do SNS. Ao procurar conciliar diversos interesses, e mais uma vez consolidando a dicotomia saúde *coletiva/saúde individual*, o SNS se veria bloqueado nas suas intenções de simplificação, descentralização e regionalização, em virtude dos interesses privados terem prevalecido, em grande medida devido à prioridade financeira dada a aqueles. Ao fim, a lei que criou o SNS foi regulamentada apenas em aspectos parciais, comprometendo definitivamente seu caráter de *sistema* (6,73).

Mais uma tentativa de “racionalização administrativa” foi feita com a **criação do SINPAS**, subordinado ao MPAS. Este sistema era composto por: três institutos - INPS, o recém-criado **INAMPS** (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, com a finalidade de aglutinar os serviços médicos do MPAS e desvincular progressivamente o atendimento da condição de segurado) e o IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social); duas fundações – LBA (Legião Brasileira de Assistência) e FUNABEM (Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor); uma empresa (DATAPREV) e uma autarquia (CEME – Central de Medicamentos). A criação do SINPAS pode ser entendida como mais um passo na política governamental de “universalizar a assistência médica” dentro de, ao menos no discurso, uma perspectiva de *seguridade social* (6). Nada disso foi suficiente para desatar os nós do modelo: a criação do SINPAS não alterou a predominância das forças ligadas ao setor privado, nem foi capaz de alterar as bases financeiras da previdência social. Esta “universalização” sem base financeira iria ser ponto de eclosão da crise da previdência, anos adiante (73).

5.2.2.2 Aprofundamento do modelo e crise

A evidente discrepância entre o discurso do regime para a questão social e a política pública realmente existente é também muito evidente no caso da assistência individual à saúde. Os momentos de lucidez no discurso institucional que apontaram, dentro dos parâmetros da ordem autocrática, as limitações e, mais ainda, distorções do complexo médico-previdenciário, não poderiam, dentro destes mesmos parâmetros, encontrar solução satisfatória para erigir um aparelho estatal comprometido, ainda que de forma incipiente, com a garantia do direito à assistência à saúde. Os dados sobre a expansão dos serviços assistenciais dão a natureza do privilegiamento do produtor privado. O crescimento dos leitos hospitalares manteve a predominância do setor privado, resultado da política do FAS: Em 1976, 94,7%

das internações no INPS foram feitas em estabelecimentos contratados; Se em 1975, 68% dos leitos eram privados (45% do total em instituições lucrativas) (39), em 1979, três quartos dos leitos hospitalares no Brasil eram privados, dos quais a metade é de hospitais com fins lucrativos (89).

Além da assistência hospitalar, ressalte-se que, a partir de 1976, a maior parte das consultas no INPS passou a ser feita em serviços não próprios, associada a uma tendência de ampliação da proporção de serviços complementares (como exames laboratoriais e de imagem) em favor da rede não própria. Este fenômeno se deve em grande medida ao fato de o atendimento ambulatorial já estar “amplamente incorporado, em novos termos, à dinâmica capitalista de prestação de serviços. (...) É uma prática ambulatorial ligada técnica e economicamente ao hospital, à rede laboratorial, radiológica” (39) (p. 118), sendo parte fundamental do processo de modernização da assistência à saúde ligado às grandes empresas do complexo médico-industrial.

Posto isso, a tese de que as medidas de ampliação do acesso aos serviços previdenciários de saúde (como no caso da criação do INAMPS) caminhavam no sentido do estabelecimento de um sistema de *seguridade social* no Brasil, apresentada por Teixeira e Oliveira (6), merece uma breve apreciação. A existência de um sistema tributário altamente regressivo, bem como um regime previdenciário que, de um lado, sofre constrangimentos na base contributiva (financiado basicamente pelos segurados¹³¹), e, de outro lado, baseado em um modelo caro, ineficiente e ineficaz, cuja finalidade primordial era auferir lucro dos prestadores privados, são incompatíveis com esta visão. Se de um lado, a expansão da assistência individual à saúde ocorria a olhos vistos, por outro lado sua configuração particular aponta para objetivo diverso da formação de um sistema de *seguridade*.

A expansão da assistência individual obedecia aos padrões de capitalização das empresas médicas, em primeiro lugar, ainda que *também* cumprisse, grosso modo, os objetivos de política social legitimadora do regime. Se ela foi fruto da ação de setores progressistas da burocracia após o II PND, também é fato que os setores hegemônicos ligados às diversas modalidades privatizantes (dirigentes e proprietários de hospitais privados, medicinas de grupo, setores da corporação médica) puderam controlar o ritmo, a intensidade e o sentido do processo de ampliação dos serviços. A própria incorporação de beneficiários da previdência teve, como já apontado aqui, as finalidades de ser o novo canal de legitimação do regime, além de ampliar o tamanho do fundo público, o que pôde garantir

¹³¹ Segundo Braga & De Paula (39), ainda em 1975-76, persistiam irrisórias as transferências da União para o sistema previdenciário, e mesmo as empresas continuavam “*cumprindo seus compromissos de maneira muito limitada, acumulando débitos sobre débitos*” (p.105). O financiamento da Previdência Social continuava pesando muita mais nas costas dos segurados.

equilíbrio econômico da previdência até 1979 (106). Neste sentido, o modelo brasileiro encontra-se a distância significativa do preconizado por William Beveridge, no que diz respeito à forma de contribuição, aos objetivos redistributivistas¹³², à natureza dos benefícios e ao processo histórico concreto vivido nos países que lograram implementá-lo¹³³.

Um dos exemplos que permitem corroborar esta tese foi o padrão de ampliação dos serviços hospitalares. Longe de esboçar qualquer ensejo de reforma do modelo privatista vigente até então, o modelo predominante de construção de hospitais através do FAS¹³⁴ foram as grandes unidades privadas, geralmente financiadas a fundo perdido, com a contrapartida do compromisso de atender à clientela previdenciária. Em agosto de 1977, a rubrica saúde contou com Cr\$ 3,1 bilhões (24,7% do total de recursos aprovados do FAS), sendo que destes, 79,7% foram destinados ao setor privado (39). Conforme a tabela 1, há clara preponderância de financiamento a empreendimentos privados: a maior parte dos projetos apresentados ao FAS em 1977 provém de serviços privados com fins lucrativos (54,6%), seguidos pelos filantrópicos (29,4%). Além disso, é clara a franca tendência de construir unidades hospitalares, que respondem por 73,8% das propostas.

¹³² Pelo contrário, uma vez que é a contribuição dos segurados que financiava a expansão do complexo médico-previdenciário. Tratava-se de uma distribuição de renda concentradora.

¹³³ Também não são fatos menores as diferenças entre as reais ameaças de revolução comunista na Europa e o espantinho de “ameaça comunista” no Brasil. Some-se a isso o efeito deletério da ditadura sobre as possibilidades das classes trabalhadoras no Brasil utilizarem as diversas formas de conflito para consecução de direitos e a consequente cristalização do processo político em “circuito fechado”, com entrada garantida apenas à burguesia e seus colaboradores mais imediatos, não constituem paralelo à conjuntura europeia das décadas de 40, 50 e 60 do século passado.

¹³⁴ De forma a contrabalançar a tendência privatista na saúde, as verbas para a educação foram majoritariamente para o setor público, já que as normas do FAS estabeleciam obrigatoriedade de 70% investido no setor público. Porém, como explica Melchior (107), a criação do FAS acabou por reduzir pela metade as verbas provenientes das loterias. Este padrão de repartição do cobertor curto persistiu até 1988, quando todos os recursos do FAS foram destinados à previdência. Nos dizeres do autor, “*para 'salvar' a Previdência Social sacrificou-se a educação no Brasil, especialmente a educação fundamental*”.

Tabela 1

Distribuição das Propostas de Financiamento segundo tipo de empreendimento e por setor

	Privado Lucrativo	Filantropico	Público	Total
Até 50 leitos	65	13	21	99
51 – 150 leitos	134	24	12	200
151- 250 leitos	79	40	6	125
251 - 500 leitos	25	26	6	57
Acima 500 leitos	4	5	4	13
Unidade de Saúde	1	1	31	33
Pronto Socorro	1	0	4	5
Outros	57	57	24	137
Total	366	196	108	670

Fonte: PLUS/INPS Retirado de BRAGA & DE PAULA (1980)

Outra tendência deste modelo foi o aprofundamento das desigualdades regionais. De acordo com dados do PLUS/INPS, expostos por Braga & De Paula (39), até julho de 1978, 46,5% dos leitos hospitalares a serem construídos via projetos do FAS estavam na região sudeste (33,3% só em São Paulo), ao passo que 50,1% dos recursos investidos foram para esta região (33,6% só para São Paulo).

O PPA também expressa a tendência de ampliação do mercado de saúde fartamente subsidiado pelo Estado. Procurando garantir o acesso via consultas de emergência, o Plano teve como efeito a indução de um fortalecimento em um padrão de atendimento medicalizador e consumidor de tecnologias modernas, expresso pelo grande aumento das consultas ambulatoriais e serviços complementares, e, num ritmo menor, dos procedimentos hospitalares. Com o custeio dos serviços de saúde (majoritariamente privados) pagos principalmente com recursos previdenciários, e com os investimentos garantidos e de baixo risco para a expansão da rede assistencial privada, fechou-se o “ciclo do apoio financeiro governamental ao setor privado de assistência à saúde” (39).

Embora minoritários, os modernos esquemas de empresariamento da saúde, como os convênios empresa e os grupos médicos, foram amplamente estimulados pelo PPA. Este crescimento se deveu à retribuição financeira da Previdência (5% do maior salário mínimo por empregado), dos incentivos fiscais (dedução do IR) e da satisfação dos empregados, que começaram a ver nestes modelos alternativas ao estrangulamento da demanda nos serviços próprios do INPS e pela maior facilidade de internação (68). De todos os convênios realizados, sem dúvida os convênios com empresas foram os

mais numerosos e importantes para o período. De acordo com Bahia (17)

Os convênios com as empresas concretizados por um subsídio financeiro selavam um compromisso formal entre os empresários e a Previdência Social. Uma forma de contribuir, amplamente difundida e acatada, foi a montagem de sistemas de seguridade particulares (planos de saúde em geral e planos de previdência nas empresas estatais). É preciso ressaltar, portanto, que uma parcela substancial dos esquemas assistenciais particulares subsidiados diretamente pela Previdência (cerca de sete milhões de pessoas) e os subsidiados pela dedução fiscal e pelo repasse dos custos com assistência médica (planos de saúde das estatais, autarquias e de empresas privadas, para os quais não se dispõe de dados de cobertura) já estava estruturada no final da década de 70 (p. 428).

Mais duas medidas institucionais foram fundamentais para dar maior fôlego à expansão dos esquemas privados de assistência à saúde: a regulamentação operacional do seguro-saúde individual, em 1976, que já se encontrava explorado de forma marginal por empresas de medicina de grupo, e a Lei de Previdência Complementar, de 1977. A Previdência Complementar, originada dos anseios de parte dos trabalhadores de manter o mesmo nível salarial do período ativo, tem nos Montepios e Companhias de Seguro de Vida suas primeiras manifestações. No que diz respeito à saúde, são as entidades fechadas (restritas aos funcionários de determinada empresa ou órgão público), que puderam prestar estes serviços a seus segurados, que serão responsáveis por um grande crescimento a partir da década de 1980 no mercado de planos e seguros de saúde (91).

5.2.3 1979 – 1985 Crise e esboços de reforma

Na segunda metade da década de 1970 estava cada vez mais claro que as tentativas de retomar o êxito do “milagre econômico” não dariam certo. A mudança de estratégia das transnacionais, que deixavam de utilizar os espaços econômicos nacionais (como o brasileiro) e passavam a apostar em plataformas exportadoras deslocou seus investimentos para os chamados “tigres asiáticos”, desorganizou o chamado modelo brasileiro. A tentativa de elevar os gastos públicos para “completar a industrialização” e aumentar o esforço exportador esteve ancorada no aumento do endividamento externo. Após os EUA aumentarem subitamente sua taxa de juros, em 1979, parte expressiva da dívida brasileira estava vinculada aos juros flutuantes subiu com a decisão estadunidense. À parte a recessão mundial, o Brasil se viu às voltas com uma crise fiscal a partir do começo da década de 80, devido à combinação dívida externa crescente, recessão e inflação. A partir de então, a dívida e o esforço para pagá-la passam a ser o eixo condutor da “nova dependência”, quando país ficou submetido à tutela do

FMI.

A crise fiscal impôs uma redução dos gastos sociais absolutos e per capita, o que atingiu também os gastos com saúde, conforme visto no início do capítulo. De outro lado, o agravamento das tensões sociais refletidos pelas grandes greves industriais de 1978-1979, a ampliação das lutas populares nas grandes cidades e no campo e o crescimento da legitimidade da oposição consentida também tiveram expressão na saúde. O movimento de reforma sanitária influenciou as políticas oficiais de saúde, e, dentre as lutas populares, o eixo saúde era uma das principais reivindicações. A consigna da saúde como direito expressava os anseios de expansão da rede assistencial e de melhoria nas condições de vida. De uma forma geral, esse era o cerne do pensamento reformista.

Durante o período, o movimento de crise da assistência previdenciária aumentou a pressão por serviços privados de saúde, em especial pelas camadas médias e pelos setores mais organizados das classes trabalhadoras, que passaram a ser atendidas prioritariamente pelos planos privados (104,108). Se os anos 60 e 70 haviam sido marcados pelo crescimento dos seguros de empresas (72,91), em que o impulso ao empresariamento se originou do aparelho previdenciário, a partir de meados da década de 1970 o financiamento público começa a declinar¹³⁵ (68,92), em especial em virtude da crise da década de 1980, em dois aspectos: “tanto no que diz respeito aos convênios-empresa, cujos valores foram congelados desde 1983, quanto de incentivos fiscais, que inexistem” (91). Além disto, a partir dos anos 80, quando o seguro individual passa a ganhar mais importância, ainda que não predominasse, se pode constatar a entrada do capital financeiro (bancos, seguradoras) no mercado de assistência à saúde (91). Para Bahia (104), este momento marca, em grande medida, o início do processo de consolidação do moderno mercado da saúde privada no Brasil:

Durante os anos 80 se consolidaram as atuais características do mercado de planos e seguros de saúde, a partir do surgimento de demandas provenientes principalmente de

¹³⁵ A segmentação da assistência à saúde que se consolidou na ditadura foi assim sintetizada por Bahia (92): “No âmbito não governamental observa-se a opção pela ampliação de serviços próprios das empresas por iniciativa de seus níveis gerenciais e/ou de entidades de funcionários, principalmente no caso de empresas estatais. A extensão de serviços através do estímulo à iniciativa privada, opção para o atendimento da acelerada inclusão de categorias e setores profissionais não cobertos, favoreceu e consolidou interesses de diferentes elementos do complexo médico industrial. Contudo, a unificação não impediu que pelo menos 3 regimes de proteção social persistissem vinculados diretamente ao financiamento público e de certa maneira ampliassem sua legitimação: o dos funcionários públicos federais; os auto-programas de assistência à saúde de grandes empresas estatais e os mecanismos de financiamento e contratação específicos para trabalhadores rurais. Para os trabalhadores de multinacionais e de grandes empresas dos setores mais dinâmicos viabilizou-se uma alternativa de assistência médico-hospitalar superposta à da Previdência Social através das isenções fiscais para a manutenção dos auto-programas de assistência à saúde e dos contratos com medicinas de grupo e cooperativas médicas. Por volta de 1975 ocorre uma ruptura do padrão de financiamento previdenciário às empresas médicas, implicando uma autonomização da comercialização de planos de saúde” (p.37)

trabalhadores autônomos/vinculados com empresas sem assistência médica suplementar que dispunham de renda para pagar um plano/seguro-saúde, e de funcionários públicos que possuíam sistemas assistenciais pouco especializados e com baixa concentração de tecnologia como os ambulatórios médicos nos locais de trabalho. Aqueles que já estavam associados a algum plano de saúde pressionaram pela intensificação do credenciamento de provedores para obter padrões assistenciais semelhantes aos de outras empresas” (p. 334).

A diversificação no mercado da saúde privada passa a ser mais perceptível a partir de princípios da década de 1980, em parte graças ao desenvolvimento das empresas médicas que foram turbinadas pelas relações com o aparelho estatal, pela entrada do capital financeiro no setor, pela crise no sistema previdenciário e pela pressão de diversos segmentos sociais por assistência médica privada¹³⁶.

Ocorreu, de fato, uma tendência de crescimento geral das diversas modalidades de prestação privadas de serviços de saúde, a despeito das dificuldades de agregar dados. Em 1981, a PNAD apontava 8.050.874 usuários de planos de empresa, e 3.026.031 usuários de planos individuais. Assim, apenas 8,9% da população estavam coberta por seguros privados de saúde (os individuais eram utilizados por 2,4% e os de empresa por 6,5%). Em 1987, os usuários de planos privados de saúde eram 24.400.000 (16,6% da população), dos quais 76% eram medicinas de grupo/cooperativas médicas, e 19,6% planos de autogestão. Estes apresentaram o crescimento mais expressivo, foram observados nos planos de autogestão (serviços próprios ou credenciados e serviços de pós-pagamento), característicos de grandes empresas, empresas estatais e órgãos federais. O seguro saúde comercial (individual ou familiar), a despeito de representar apenas 3,3%, teve crescimento de 433% no período 1981-1987 (91).

Parcela expressiva da classe trabalhadora, em especial o setor ligado aos ramos mais dinâmicos da economia – e mais organizado politicamente – passou a ser usuário de planos privados ou medicinas de grupo. De um lado, a decisão dos patrões de utilizar planos de saúde nas negociações parece contribuir para o fato de que *“a assistência médica suplementar não parece resultar de ‘uma conquista’ pós-explicação de conflitos entre empregados e empregadores e sim da opção espontânea das empresas”* (92). Do outro, a degradação do sistema público, de certa forma, empurrou parcela expressiva das direções sindicais (em grande parte por pressão de suas bases) para a defesa de convênios privados. Por fim, a consolidação de um setor empresarial (oriundo da medicina de grupo e/ou do setor

¹³⁶De acordo com Médici (90), a saúde privada no Brasil no período era dividida em: 1. Setor privado contratado pelo público; 2. Segmento médico assistencial das empresas, subdividido em Serviços próprios ou credenciados, Sistemas de pós-pagamento, Medicina de Grupo ou Cooperativas médicas, Planos de Administração, Convênios INAMPS/Empresa e Seguro Saúde; 3. Segmento Médico assistencial das famílias, subdividido em desembolso direto, medicina de grupo ou cooperativas médicas e seguro saúde; Por fim, no segmento beneficente e filantrópico, havia a existência de clientela fechadas e clientela abertas parcial ou universalmente.

financeiro), encontra agora escala, além de facilidades crescentes, para empreender uma ofensiva rumo a novos mercados¹³⁷. Em síntese, para Ocké-Reis (108):

Em meados da década de 1980, dada a deterioração dos serviços previdenciários, cresceu a demanda por serviços médicos diferenciados, em especial pelos operários qualificados, assalariados, executivos e profissionais liberais. Quanto à oferta, em razão da presença sistemática de incentivos governamentais, houve favorecimento do Estado ao sistema privado de saúde, voltado para a cobertura do mercado formal de trabalho. A rigor, desde a década de 1960, os principais incentivos governamentais dirigidos aos planos privados de saúde foram: 1) diretos: a) o financiamento a juros negativos para a construção de instalações hospitalares e para a compra de equipamentos médicos, com longo prazo de carência, que beneficiou sobretudo as empresas de medicina de grupo; b) o caráter de estabelecimentos filantrópicos com que foram considerados alguns planos que desempenhavam atividades lucrativas, implicando uma série de privilégios no campo fiscal e previdenciário¹³⁸; 2) indiretos: a) permissão às firmas para descontar ou devolver parte da contribuição previdenciária, principalmente mediante os convênios INPS-Inamps/empresa, os quais definiam que os atendimentos mais caros deveriam ser prestados pelo Estado; b) o estabelecimento de normas que abriram, no campo jurídico, um espaço favorável à sua expansão” (pp. 157-158).

A crise assistencial da previdência era mais um elemento da agitação social vivida em fins dos 70 e começo dos 80. Negação de acesso a serviços e corrupção não eram condições estranhas ao modelo. Mas as críticas de diversos setores começaram a confluir na medida em que foi ficando clara a inviabilidade técnica e financeira do modelo privatista, bem como sua total falta de sintonia com o padrão sanitário brasileiro. O clássico texto apresentado pelo CEBES (109) no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados sintetiza estas críticas:

É praticamente consensual entre os especialistas o diagnóstico de que, a partir da década de 1960, vem piorando gradativamente o nível de saúde da população. Aumentaram significativamente a mortalidade infantil, as doenças endêmicas, as taxas de acidente de trabalho, o número de doentes mentais, etc. Pioraram, igualmente, as condições de saneamento, a poluição ambiental e os níveis nutricionais.

¹³⁷ “Por sua vez as empresas que operacionalizam planos e seguros saúde se reorganizam por meio de arranjos legais ou gerenciais que as tornam mais complexas bem como suas inter-relações. Grandes Empresas de medicina de grupo e cooperativas médicas se diversificam, criam seguradoras e organizações para prestação de serviços de alimentação e comercialização de medicamentos e adquirem hospitais. Empresas com planos próprios introduzem fatores moderadores do consumo de procedimentos médico-hospitalares (co-pagamento) e buscam profissionalizar a gestão. As seguradoras obtêm permissão para credenciar provedores de serviços e passam a co-segurar os grandes riscos de algumas empresas de medicina de grupo e planos próprios das empresas. Surgem novas associações entre bancos e seguradoras nacionais e estrangeiras no ramo saúde” (92).

¹³⁸ “várias empresas de assistência médica complementar cujo exemplo notável é a Golden Cross se declararam filantrópicas se beneficiando com a isenção de contribuições, como a previdenciária” (92) (p.241).

(...)

Política que substitui a voz da população pela sabedoria dos tecnocratas e pelas pressões dos diversos setores empresariais; Política de saúde que acompanha em seu traçado as linhas gerais de posicionamento socioeconômico do governo: privatizante, empresarial e concentrador de renda (...). Política de saúde que reduziu ao mínimo os gastos em saúde pública, privilegiando assistência médico-hospitalar curativa e de alta sofisticação, ainda quando o quadro sanitário do país indique a enorme importância dos “velhos” problemas (...), combinados com a emergência de novos padrões de morbimortalidade urbana (...). Política de saúde, enfim, que esquece as reais necessidades da população e se norteia exclusivamente pelos interesses da minoria constituída e confirmada pelos donos das empresas médicas e gestores da indústria da saúde em geral”

Alguns dados expostos no item 5.1 ilustram a magnitude e o sentido da crise, com declínio dos gastos públicos em saúde, maior nos momentos agudo da crise, nos primeiros anos da década de 1980. Ainda assim, se pôde observar uma expansão da rede assistencial, em que o número de unidades assistenciais públicas com internação apresenta crescimento relevante: em 1978, 51% dos estabelecimentos de saúde são públicos, proporção que passa a 2/3 em 1984, de um total de 6861, dos quais a maior taxa de crescimento foi de estabelecimentos federais e municipais. Houve uma queda no número de estabelecimentos privados não lucrativos. A predominância das unidades ambulatoriais de caráter público pode ser vista na tabela 4, em que esta proporção salta de 70% em 1978 para 80% em 1984. A tendência geral se mantém ao se estudar as unidades com internação hospitalar, embora a predominância de hospitais privados se mantenha (eram 81% do total em 1978, são 77% em 1984).

Tabela 2

Ano	Total	Total Públicos	Federal	Estadual	Municipal	Total Privado	Filantrópico	Beneficente	Lucrativo
1978	15345	7839	1271	4410	2158	7506	2036	1641	3829
1979	17079	8748	1487	4801	2460	8331	2092	1992	4247
1980	18409	10045	1575	5768	2702	8444	2104	1969	4371
1981	22341	13890	3629	7010	3056	8451	1955	901	5365
1982	24018	15286	4018	7927	3341	8732	1917	909	5686
1983	25651	16749	4278	8726	3745	8902	1920	978	5804
1984	27552	18363	4463	9533	4367	9189	1930	1041	5998

Estabelecimentos de saúde por categoria institucional. Retirado de MÉDICI, 1988

Tabela 3

Ano	Total	Total Públicos	Federal	Estadual	Municipal	Total Privado	Filantrópico	Beneficente	Lucrativo
1978	5708	1072	239	529	304	4636	1454	584	2588
1979	6036	1162	261	567	334	4874	1504	596	2774
1980	6103	1217	269	600	348	4886	1508	567	2811
1981	6473	1342	303	665	374	5131	1437	497	3057
1982	6650	1422	312	724	386	5228	1424	487	3177
1983	6680	1450	327	731	392	5230	1430	493	3167
1984	6861	1547	342	781	424	5314	1426	485	3243

Estabelecimentos de saúde com internação por categoria institucional. Retirado de MÉDICI, 1988

Tabela 4

Ano	Total	Total Públicos	Federal	Estadual	Municipal	Total Privado	Filantrópico	Beneficente	Lucrativo
1978	9637	6767	1032	3861	1854	2870	582	582	1231
1979	11043	7586	1226	4234	2126	3457	588	588	1473
1980	12386	8828	1306	5168	2354	3558	596	596	1560
1981	15868	12548	3521	6345	2662	3320	518	518	2308
1982	17368	13864	3706	7203	2955	3504	493	493	2513
1983	18971	15299	3951	7995	3353	3672	490	490	2640
1984	20961	16816	4121	8752	3943	3875	504	556	2751

Estabelecimentos de saúde sem internação por categoria institucional. Retirado de MÉDICI, 1988

Estes dados podem passar uma impressão de estar em curso uma tendência à estatização de parte do aparelho assistencial. Eles são claros ao demonstrar que o crescimento da rede assistencial pública se fazia especialmente à custa das unidades ambulatoriais, embora a proporção de unidades hospitalares públicas tenha crescido. No entanto, a tabela 5 demonstra que o número de leitos privados cresceu em proporção significativamente maior que os públicos, para o que contribui o aumento do número de leitos em hospitais privados - estes passaram de 36% para 40% do total dos leitos no Brasil, entre 1978 e 1984, em especial nos primeiros anos deste período, o que está relacionado com a política do FAS. As razões entre o total de consultas públicas e privadas pouco se altera (em 1984, é de 57% e 43%, respectivamente), bem como a razão entre as consultas em unidades públicas e privadas conveniadas pelo INAMPS (em 1984, 41% e 59%, respectivamente) (89) (p. 383). Apesar do aumento da capacidade instalada, caem os números de leitos por 1000 habitantes (4,18 em 1981 para 3,98 em 1984) e de internações por 1000 habitantes (141 em 1981 para 134 em 1984), embora tenha crescido o número

de consultas (4,79 em 1981 para 5,76 em 1984) (p.384). Ainda é mantida a segmentação que caracterizou a capacidade instalada brasileira (predominância do setor privado), com a preponderância dos grupos lucrativos que foi iniciada na década de 1970.

Tabela 5

Ano	Total	Total Públicos	Federal	Estadual	Municipal	Total Privado	Filantrópico	Beneficente	Lucrativo
1978	463,1	122,4	27,9	83	11,5	340,8	134,5	39,9	166,4
1979	475,4	116,1	29,1	75,4	11,7	359,3	141	38,8	178,7
1980	495,6	120,3	29,6	78,2	12,5	374,5	150,1	37,7	187,4
1981	509,2	122,3	29,2	79,6	13,5	386,9	142,8	33,7	200,9
1982	516,9	124,8	29,8	81,6	13,7	391,2	138,8	32,6	208
1983	518,6	124,4	30,8	79,3	14,2	394,2	139,8	33,9	208,3
1984	522,8	124,3	31	78,6	14,6	398,6	140,3	33	211,8

Evolução do número de leitos de internação por categoria institucional (em milhares). Retirado de MÉDICI, 1988

A análise dos gastos do INAMPS mostra um aumento do financiamento a unidades públicas. A estrutura dos gastos deste órgão demonstra que, em 1981, 18,5% das verbas foram destinadas a serviços próprios, 7,4% a serviços públicos e 64,4% ao setor privado (55,5% para serviços contratados) e 9,6% para despesas administrativas, com medicamentos, etc. Em 1985, os serviços próprios consumiram 25% dos recursos do INAMPS, o setor público ficou com 13,3% dos recursos e o setor privado caiu para 46,8% (42,7% serviços contratados), e 14,9% com outras despesas (MEDICI, 1988: 350). Recorde-se que o valor em US\$ dos gastos do INAMPS teve queda neste período. Outra tendência verificada é um princípio de descentralização dos gastos verificada no período: as transferências intergovernamentais saltam de US\$ 49,4 milhões, em 1980, para US\$ 468 milhões, em 1986, respectivamente, 1,2% e 10,7% dos gastos federais com saúde (p. 366).

O processo histórico por trás destes dados brutos encontra raízes, de um lado, na persistência da ênfase em um modelo privatista, que começava a ganhar mais autonomia – ou mudar a qualidade de sua relação com o Estado. De outro lado, a expansão da rede assistencial, em especial da rede ambulatorial oficial foi uma das características do período, gestada em conjunto com as propostas de reforma do sistema de saúde brasileiro de fins da década de 70 e primeira metade da década de 80.

Três experiências assistenciais¹³⁹, datadas de meados dos anos 70, devem ser consideradas

¹³⁹ Escorel (7), define estas experiências como “institucionais” e inclui o Plano de Localização de Unidades de Serviços (PLUS), aqui não incluído pelo fato de não ter sido posto em prática.

pioneiras, ou, antes, modelares, para parte das propostas reformistas: o Projeto Montes Claros (PMC), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e o assim chamado Movimento Municipalista. Em todas elas, elementos como organização de uma rede de serviços de saúde submetidos a um controle público, regionalizada e hierarquizada, com participação da comunidade, amparado em unidades assistenciais entrosadas com a realidade sanitária, puderam ser os denominadores comuns.

O **Projeto Montes Claros**, de 1971, quando foi iniciado, naquele município, um programa de controle de natalidade, por iniciativa do governo de MG, posteriormente financiada pela USAID. A partir de 1975, quando ocorre uma guinada nos rumos do programa, o programa avançou e propôs-se atendimento à população com base em unidades de atenção primária à saúde, composta por diversos profissionais, centradas nos auxiliares de saúde, que combinasse as ações preventivas e curativas, o uso do planejamento como estratégia política, o estímulo à participação comunitária e formação de agentes de saúde militantes e apoio à descentralização das ações indicavam busca de novas formas de organizar a atenção. A defesa do caráter público, a ruptura com a prática tradicional da saúde pública, o combate ao clientelismo - ainda que, em alguns momentos, o PMC tenha evitado choques frontais com ele - suscitaram oposição da Previdência (que operava a assistência médica pelo FUNRURAL), da burocracia da SES-MG, da corporação médica e dos técnicos ligados à Fundação SESP, que retardaram, em certa medida, o desenrolar do PMC, dificultando, por exemplo, convênios com o aparelho previdenciário ou a incorporação de unidades hospitalares e ambulatoriais da FSESP ao sistema integrado. Entretanto, a relevância adquirida pelo projeto, que se articulou com os chamados “setores publicistas” do INAMPS e com o PIASS, do Ministério da Saúde, conformou o PMC, de acordo com Escorel (7):

uma bandeira de luta (...) contra os interesses privatizantes do setor. (...) O Projeto Montes Claros foi um placo de luta entre propostas divergentes de organização dos serviços de saúde, uma bandeira de luta do movimento sanitário na defesa de uma transformação do setor.”.

O **Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento**, como se viu anteriormente, surgiu a partir das diretrizes do II PND – mais precisamente, elaborado por uma equipe do IPEA ligada ao CDS. O PIASS consistiu em um conjunto de programas assistenciais, de forma a estender as ações de saúde para regiões extremamente carentes do país, com a novidade de “unir a abordagem médico-social

ao pensamento sanitaria desenvolvimentista”¹⁴⁰ (7). Originalmente pensado para a região Nordeste, em especial para os pequenos municípios, este programa preconizava a expansão da rede assistencial, a hierarquização, regionalização, desconcentração e descentralização das ações de saúde, o planejamento participativo e ascendente, o incentivo à participação popular, o destaque ao caráter público da assistência, a importância dada à atenção básica, entre outros. Seriam realizados convênios entre Ministério da Saúde (financiador) Secretarias Estaduais de Saúde (executoras). Como o PMC, o PIASS:

colocava em jogo um modelo alternativo de organização dos serviços de saúde para o País, ou pelo menos para as áreas rurais, que implicava o fortalecimento relativo do setor público não apenas por meio da ampliação dos serviços públicos de saúde, mas principalmente no interior deste, dando ao setor de saúde pública (o MS e a SES) o comando gerencial dos sistemas regionais de saúde. Os dois programas colocaram-se politicamente na arena setorial enfrentando os interesses hegemônicos privatizantes, e seus processos de implementação foram viabilizados pelos grupos progressistas, que utilizaram a estratégia de 'adesão externa' (7).

A partir de 1977, quando os convênios entre as Secretarias passaram a ser efetivos, a rede assistencial passou a crescer, atingindo, ao final de 1978, 642 Centros de Saúde e 1.250 postos de saúde, cobrindo potencialmente 6,4 milhões de pessoas em 699 municípios, com maior utilização de recursos em MG, BA, RN, PE, AL. As resistências enfrentadas foram diversas: Em primeiro lugar, o aparelho previdenciário impunha uma resistência “*subliminar mas eficaz*”, segundo Nelson Rodrigues dos Santos. À necessidade crescente de recursos exigidos pela ampliação das redes locais, a burocracia previdenciária adotava diversos expedientes postergatórios, mesmo com a decisão política do governo federal de priorizar o PIASS através do convênio com o INAMPS; Dentro do aparelho da saúde pública, os protagonistas precisaram enfrentar a resistência da FSESP e de setores de algumas SES; Por fim, a in experiência da burocracia estadual em gerir uma rede extensa trouxe dificuldades adicionais (7).

O PIASS teve ainda uma grande importância política ao articular uma parcela expressiva da burocracia estatal em torno de um projeto de rede assistencial. A formação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e sua influência política junto à Brasília foram fundamentais para que a experiência adquirida com o PIASS pudesse embasar, já na década de 80, as Ações Integradas de Saúde,

¹⁴⁰ A influência do sanitarismo desenvolvimentista, notada pela presença de Mário Magalhães na assessoria do projeto, embora tivesse tido papel fundamental para a retomada de diretrizes da III CNS, como a municipalização, já não teve como horizonte “um projeto nacional desenvolvimentista, mas sim tendo como objetivo curar as feridas abertas pelo desenvolvimento econômico excludente” (VAN STRALE, 1985 APUD ESCOREL, 1999: 163). Neste sentido, o chamado “modelo PIASS” foi uma espécie de composição entre o “modelo preconizado por organismos internacionais para programas de medicina comunitária e extensão de cobertura” e uma reatualização da “doutrina’ do sanitarismo desenvolvimentista” (7)

pilar do projeto de Reforma Sanitária. No entanto, como o PIASS foi orientado para os lugares onde o aparelho privatista da Previdência possuía relevância pequena ou nula, exatamente para contornar prováveis tensões políticas, ele permaneceu, em grande medida, à margem da disputa pela hegemonia de projetos políticos para a saúde nos grandes centros urbanos (7). Críticas quanto à pequena abrangência dos serviços, à precariedade da força de trabalho e à instrumentalização da participação popular foram relatadas (7).

Por fim, o chamado **Movimento Municipalista** surgiu a partir dos anos 70, quando:

[...] os prefeitos municipais das cidades médias começaram a se preocupar com saúde, pelo problema da explosão demográfica – as cidades médias quase que dobraram sua população em dez anos; Campinas foi uma, Londrina outra – e a pauperização do interior. A migração rural-urbana foi muito intensa na época e gerou uma tensão social muito grande nas periferias urbanas. No final dos anos 70 e início dos anos 80, o próprio governo federal, em plena ditadura, se preocupou em ter assessoria do Banco Mundial para os primeiros programas compensatórios focalizantes, para segurar as pontas nas periferias urbanas. O Ministério da Saúde, inclusive, fez um projeto cujo nome era Projeto Periferia Urbana. Os prefeitos começaram a se preocupar em colocar dirigentes na área da saúde municipal capazes de aplacar as tensões sociais da periferia” (110).

Diante destas tensões sociais abertas pela rápida urbanização de cidades até então de porte pequeno ou médio, muitos municípios começaram a criar serviços de saúde, às vezes de forma bastante improvisada. Estas prefeituras puderam contar, a partir de meados da década de 70, com sanitaristas formados pelos diversos cursos ministrados pela ENSP, Faculdade de Saúde Pública da USP, entre outros. Nestas cidades, se pode experimentar também a rápida expansão de redes de atenção à saúde, em especial os cuidados básicos, que viriam a se beneficiar também de convênios com a União e com os Estado.

Os diversos encontros municipais de saúde, a que afluíram secretários destes municípios, também foram importantes para aumentar a pressão e dar legitimidade, frente ao MS, às demandas por uma rede assistencial diferente da previdenciária tradicional. O movimento municipalista foi muito influente na VIII CNS, em 1986.

A atitude do governo frente à crise da saúde e às disputas entre os diversos projetos em disputa foi de apresentar, na VII CNS (1980), o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (**PREV-SAÚDE**), cujo principal efeito foi de nem agradar nem desagradar totalmente os setores conservadores e mudancistas. Tratava-se de uma “política racionalizadora [que] visava o reordenamento do setor saúde para responder aos custos crescentes dos serviços”. Ainda assim, o PREV-SAÚDE “foi entendido como

uma conquista dos grupos sociais que defendiam a democratização da saúde e da sociedade brasileira”, pois “constituiu-se no lócus de expressão das contradições que permeavam o setor saúde” (5). Como o plano resultou em impasse entre as diversas posições, acabou abandonado pelo governo em 1981.

A este impasse, somou-se a piora da situação da Previdência, e o aumento das pressões, tanto do lado do empresariado e das entidades médicas neoliberais, quanto do lado do movimento sanitário, popular e sindical, levaram o governo a editar um conjunto de medidas que restringiam o gasto da Previdência com assistência médica, em 1982. Rodriguez Neto (111) identificou três tendências em torno do que fazer com o sistema previdenciário. A primeira, chamada “conservadora”, defensora da manutenção do modelo previdenciário privatista, era sustentada por donos de hospitais, produtores de insumos e médicos. A segunda, denominada “modernizante/privatista”¹⁴¹, defendia o estabelecimento de um quisto assistencial, destinado à massa trabalhadora urbana, em que pudesse ser desenvolvida a medicina de grupo ou a assistência via cooperativas, e é identificada com as empresas provedoras deste tipo de assistência. A terceira tendência, por fim, chamada “racionalizadora”, conteria uma ampla frente que “supõe a saúde como direito à cidadania”.

A criação do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), embora com preponderância dos setores liberais, veio no sentido de buscar uma acomodação possível aos choques que ocorriam entre estas vertentes. O Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, chamado **plano do Conasp**, sofreu influência razoável dos setores “racionalizadores” da burocracia, fazendo deles sua trincheira. Afirmando o caráter de “pilar sustentadora da paz social”, os dez princípios do plano incorporavam parte das teses reformistas: 1) Prioridade para atenção primária; 2) regionalização e hierarquização dos serviços federais, estaduais e municipais; 3) Utilização plena da capacidade instalada; 4) Estabelecimento de limites orçamentários; 5) Descentralização administrativa dos recursos; 6) Complementariedade do setor privado; 7) Racionalidade na prestação de serviços e melhora das condições de atendimento; 8) Simplificação e controle dos pagamentos de serviços terceirizados; 9) Racionalização da assistência de alto custo; 10) Implantação gradual da reforma com reajustes eventuais (5).

Embora houvesse pressão por parte do movimento sanitário – especialmente do Cebes e da Abrasco, e do movimento municipalista (110), as mobilizações massivas da classe trabalhadora não

¹⁴¹ Em princípios da década de 1980, houve um plano elaborado por setores do INAMPS articulados com a Secretaria de Planejamento que pretendia unificar o sistema de saúde criando três subsistemas: um privado autônomo, contado apenas com subsídios indiretos do Estado, projetado para até 7% da população; um subsistema baseado no convênio empresa (isto é, na medicina de grupo), com financiamento estatal, para pouco mais de metade da população.; e um sistema estatal, destinado aos brasileiros fora do sistema produtivo (111)

incorporaram as reivindicações pela saúde além do plano retórico, o que favoreceria o plano tornar-se “algo à imagem e semelhança do regime: autoritário, tecnocrático e antipopular”. Entretanto, a vitória da oposição moderada nas eleições estaduais em 1982 e a criação do CONASS tornaram possível que um dos aspectos do plano – os convênios trilaterais (INAMPS, SESs e SMSs) – se convertesse, em 1983, no Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS), chamado a partir de 1984 estratégia das AIS (5), que viram seus recursos aumentarem, expandindo-se ainda para HUs. Por seu caráter de transição, as AIS eram tidas como passos importantes para um processo reformista por conterem uma perspectiva democrática da saúde¹⁴².

Dentro do movimento descrito de incumbir estados e municípios da execução de serviços de saúde, em geral os de chamada menor complexidade, a um custo de fato menor¹⁴³, a integração dos serviços, que no período culminou nas AIS, correspondeu a uma saída tida como “progressista” para a crise, por abrir fissuras no modelo previdenciário privatista e servir de estratégia para a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços. De uma forma geral, tinham “uma concepção estratégica diante da convicção de que para se conseguir apoio político em favor das mudanças haveria que se dispor de alternativas concretas que incidissem em melhorias objetivas para os trabalhadores da saúde e para segmentos consideráveis dos usuários de serviços. Assim, propunha-se que essas alternativas deveriam ser progressivamente postas em prática e simultaneamente pensadas numa articulação com as propostas das forças sociais e políticas que se organizavam para a eleição dos representantes na Assembleia Nacional Constituinte, dos governadores e dos deputados estaduais de 1986” (5) (p.98).

As AIS, ao mesmo tempo em que possibilitaram a expansão dos serviços de saúde, ao serem realizadas em contexto de profunda crise fiscal, caminharam em paralelo com a manutenção do modelo privatista, a saber: o quase monopólio da atenção hospitalar por empresários privados, o domínio, por parte das corporações médicas, de parte expressiva do aparelho prestador de serviços de saúde. Assim sendo, a visão das AIS como *deus ex machina* da reforma dos serviços de saúde foi contestada por Campos (12):

¹⁴² Por contemplar descentralização administrativa e de planejamento, instâncias mais permeáveis à negociação política, maior espaço para participação popular, seriam precursoras de um sistema unificado de saúde, respeitariam o princípio federativo, contariam com respaldo das forças sociais, seriam mais viáveis, assimilariam o planejamento como prática das instituições, e trariam as universidades como atores na formulação e implementação de políticas de saúde (5)

¹⁴³ Segundo o Prof. Nelson Rodrigues dos Santos, o valor de tabela de procedimentos repassados a estados e municípios correspondia a metade do valor repassado aos hospitais particulares (observação feita na banca de qualificação, em 15/08/2012).

Imaginava-se possível a instituição de um planejamento racional dos serviços públicos, sem a reforma radical da estrutura então vigente. Supunha-se que a integração de instituições com políticas distintas e representando interesses diferentes fosse não só viável como suficiente para instaurar novos estilos de gestão da coisa pública. (...) O resultado dessa unificação parcial e municipalização incompleta é que não estão criando condições para o enfrentamento das contradições decorrentes do predomínio da lógica neoliberal nos hospitais (pp. 95-96).

Em síntese, a crise do modelo em questão, como expressão da crise da ordem burguesa dependente, ou antes, da autocracia burguesa de 1964, necessariamente colocava na ordem do dia perspectivas mudancistas. No entanto, antes de examinar em conjunto as mudanças ocorridas e seus horizontes, faz-se necessário uma exposição das permanências herdadas do período anterior.

O padrão de segmentação da atenção à saúde, cujas bases são anteriores ao golpe, não apenas se manteve, como atesta a miríade de modelos assistenciais, com maior ou menor grau de financiamento estatal, como tendia a ser aprofundado. A tendência de crescimento das formas privadas de atenção à saúde, em especial do seguro saúde, como diferenciais de atenção para setores expressivos das camadas médias urbanas, como o alto funcionalismo público, e os assalariados dos setores mais dinâmicos da economia e organizados politicamente, representou um golpe na proposta reformista de seguridade social. Não pode ser considerado menor o fato de que o caminho rumo à “universalização” (ou poder-se-ia chamar generalização do acesso a serviços de saúde)

“foi coincidente com a crise econômica e suas consequências sobre o gasto do INAMPS (...), [e] a tendência à seguridade se impôs num modelo essencialmente concentrador. Este modelo desempenha função política central de assegurar a hegemonia das classes dominantes e a função econômica de repartir com as classes subalternas os custos da assistência às populações excluídas pelo capital monopolista internacionalizado que aqui se instalou” (91) (pp. 249 – 250).

Prolonga-se, assim, o problema da segregação social no campo assistencial. Como exemplo, no que dizia respeito a determinadas ações reparadoras da força de trabalho (puericultura), de contenção de epidemias (programas de imunização) ou de contenção de tensões sociais (ampliação do acesso a serviços de atenção básica), o caráter estatal das políticas de saúde era assegurado¹⁴⁴. No entanto, no que dizia respeito a acesso a bens e serviços com determinado grau de incorporação tecnológica, em especial relacionado àqueles praticamente monopolizados por grupos privados de assistência à saúde, o acesso universal ficava bloqueado. Por fim, ainda cabia ao setor público arcar com segmentos muito caros da

¹⁴⁴ Embora tais ações pudessem ter um caráter compensatório (ou focalizado), este era posto em cheque pela atuação dos trabalhadores dos serviços e da população organizada no sentido de superar a prática de “medicina pobre para pobres”.

alta complexidade, como é o caso clássico dos hospitais universitários, que dispõe de tecnologias caras e não lucrativas, ao menos para a escala dos negócios da saúde naquele tempo¹⁴⁵. Cumpre ressaltar que a formação da força de trabalho especializada, por razões semelhantes, também era em grande parte provida pelo Estado (19).

O caráter desigual e combinado do sistema de saúde brasileiro fica explícito, de um lado, pela proliferação de grandes hospitais privados financiados pelo FAS, e destinados a atender, em grande medida, a clientela previdenciária nos grandes centros, e a expansão do mercado de planos e seguros privados. De outro lado, tem-se o surgimento de ações estatais portadoras de uma nova racionalidade sanitária, como no caso do PIASS e do movimento municipalista, nas áreas mais remotas do país ou nas cidades interioranas de rápida urbanização, e da consolidação de serviços de referência e experiências exitosas, articuladas durante os momentos críticos da década de 80 pelas ações das AIS, que não chegaram a colocar a hegemonia privada em cheque. Em balanço realizado no começo dos anos 90, já após a institucionalização do marco legal do SUS, Campos (1992) afirma que:

Há no Brasil uma clara hegemonia do que poderíamos chamar de forma de produção neoliberal [de serviços de saúde], compondo uma estrutura de serviços que utiliza várias modalidades assistenciais: a do trabalho assalariado, de pequenos produtores autônomos independentes ou em associação com outras instituições, empresas e ação estatal. Seu funcionamento tem conseguido assegurar a reprodução de uma forma mercantilista de prática, a qual sobrevive articulando interesses empresariais com os de amplas parcelas de profissionais de saúde – particularmente médicos e dentistas. (...) A viabilidade desse modelo depende também da intervenção e de ações complementares do Estado, que podem ser consideradas estranhas ao liberalismo tradicional. Assim, o Estado teria de prover suporte econômico financeiro até ao próprio setor privado, realizar ações de abrangência coletiva, e até mesmo prestar atendimento individual às parcelas que não conseguem se incorporar ao mercado (p. 41).

Houve uma atualização da lógica dos negócios, com a incorporação dos esquemas privatistas às ações integrativas, combinadas à expansão do mercado de seguros privados, somada à conhecida tendência a segmentar – ou segregar – os brasileiros e brasileiras em estratos assistenciais distintos. Isto garantiu um patamar mínimo de prestação de serviços de saúde, por meio da expansão da rede assistencial, mais barata que parte dos serviços prestados anteriormente pelo aparelho previdenciário:

¹⁴⁵ Mendes (11) estratifica essa divisão em subsistemas: O subsistema de alta tecnologia (hospitais de excelência, em geral públicos, por serem pouco lucrativos), o subsistema de atenção médica suplementar e o subsistema público. O esquema ajuda a ilustrar a segmentação, embora seja muito reducionista, pois desconsidera experiências “intermediárias” exitosas no serviços público.

O regime autoritário possibilitou que os sistemas próprios de assistência médico-hospitalar privados aos trabalhadores das grandes empresas (indústrias) multinacionais e nacionais fossem substituídos/complementados pelos convênio-empresas por meio de incentivo a descentralização das assistências às empresas e indução ao empresariamento de prestadores privados. Parte significativa desses convênios era mantida diretamente pelas empresas e após a retirada dos incentivos previdenciários é provável que aquelas empresas que financiavam parcialmente ou integralmente a assistência à saúde de seus empregados e dependentes com recursos da Previdência tenham preservado os sistemas privados de assistência médico-hospitalar autonomamente. Os convênios com empresas agregam aos trabalhadores das estatais um contingente expressivo de beneficiários de alternativas privadas contratadas coletivamente (92) (pp. 55-56).

Além disso, durante década de 1980, a questão do financiamento se torna fundamental. Em 1985, pouco mais de 70% do orçamento previdenciário era formado por contribuições compulsórias da folha salarial (89). No entanto, a restrição financeira manteve-se até o fim da década de 1980, e sua recuperação seria insuficiente frente à expansão de cobertura, ao grau de modernização e às mudanças demográficas (91). A persistência de um modelo fragmentário de financiamento, em oposição à formação de um fundo público de seguridade social, ameaçava as pretensões reformistas.

Outro aspecto fundamental a ser ressaltado neste balanço do modelo é o papel desempenhado pela enorme soma de recursos depositados no orçamento previdenciário. Sendo essa uma de suas finalidades fundamentais desde seus primórdios no Brasil, dois aspectos que o caracterizaram durante o regime ditatorial (embora não tenham sido propriamente uma invenção sua) também ilustram a natureza da orientação política do assim chamado modelo previdenciário de atenção à saúde. A recorrente menção à *corrupção* na constituição do aparelho previdenciário, do qual a remuneração por unidade de serviço (US) é o maior símbolo, não era algo fortuito ou conjuntural, fruto da ineficiência estatal. Provavelmente, ela tem raízes profundas na própria formação do Estado nacional e de uma classe dominante com concepção profundamente arraigada de que a coisa pública, antes de mais nada, lhe pertence. Curiosamente, no bojo da crise pós-milagre, as políticas de saúde, bem como demais ações estatais, viram-se alvo de críticas tremendas, frente a um suposto “estatismo”¹⁴⁶.

Pelo mesmo motivo, foi fundamental no regime o papel que a Previdência Social assumiu como centralizador de um volume de recursos inédito – oriundo principalmente da contribuição compulsória dos assalariados, uma vez que os procedimentos procrastinatórios tanto do empresariado como da União

¹⁴⁶Nunca é demais lembrar que um dos pilares da ação estatal no campo da saúde foi precisamente viabilizar um poderoso esquema de negócios no setor, combinado com a política de atenção sanitária segregadora. Trata-se de evidente bravata, por parte de setores empresariais, imputar ao Estado, isoladamente, os males de corrupção, ineficiência ou outros predicados menos abonadores. Como nunca há corruptos sem corruptores, o modelo de negócios e negociatas certamente contou com a participação expressiva do complexo industrial da saúde.

para este fundo permaneceram no período. A utilização da massa de recursos previdenciários para viabilizar os grandes projetos de infraestrutura da ditadura também dá a medida da prioridade estatal no período. Ao invés de generalizar o acesso ao saneamento nas grandes cidades ou priorizar a solução do problema da habitação, foram construídas maravilhas da engenharia, como a Ponte Rio-Niteroi ou a estrada Perimetral Norte, subsidiadas pela renda do trabalho.

Por todos estes motivos, o cenário em que emerge o aparelho estatal dos anos de ditadura aponta um cenário profundamente desfavorável para a construção de um sistema de bem-estar social no Brasil. As possibilidades abertas pelas experiências exitosas, como se narrou aqui no caso das imunizações ou mesmo dos projetos inovadores no âmbito da assistência (PMC e PIASS), se deram num contexto particularmente fértil da luta social brasileira. A transição lenta e gradual não chegou a neutralizar a radicalidade do ascenso do movimento de massas, que assumiu um papel importante na luta pelo direito à saúde. No capítulo 6, se procurará discutir as potencialidades e limites do movimento pela redemocratização, em especial os seus desdobramentos na saúde, na superação das necessidades históricas geradas pelo desenvolvimento do capitalismo dependente no Brasil.

5.3 Modernização dos padrões de consumo

5.3.1 O sentido geral

O desenvolvimento de um dinâmico setor industrial produtor de bens de consumo em saúde foi um dos aspectos marcantes do capitalismo do pós Segunda Guerra Mundial. A inicial de expansão dos mercados para estes bens de consumo centrou-se na necessidade da rede hospitalar, com alto grau de especialização amparada no trabalho médico¹⁴⁷. O desenvolvimento do *complexo médico-industrial* encontra na expansão dos sistemas e serviços de saúde e do setor produtivo de máquinas e equipamentos relação de mútua determinação. No entanto, o setor de produção de bens já se encontrava sob controle direto do grande capital:

É possível extrair duas grandes tendências deste período do pós II Guerra que, como veremos a seguir, vai até meados da década de 70: a) O papel protagonista do Estado,

¹⁴⁷Neste sentido, as reformas nos currículos médicos inspiradas no Relatório Flexner (1912) prepararam o caminho para este processo.

principalmente na garantia de direitos, através do financiamento público (fiscal ou através do seguro social) e também da prestação direta de serviços, assumido pelas condições políticas da época: a existência de um forte bloco socialista, o êxito na promoção de um desenvolvimento econômico acelerado através do planejamento econômico, a participação política das massas populares. b) O desenvolvimento das forças de mercado no setor saúde se dá de forma desigual. É, já, plenamente capitalista nos novos segmentos de insumos industriais. As regulamentações impostas pelo Estado, principalmente pelo financiamento público, restringem o desenvolvimento do capital financeiro na área de saúde, nos países desenvolvidos, com exceção dos Estados Unidos. Parece não haver um maior interesse do grande capital na área de serviços de saúde, que se mantém de baixa densidade de capital (14) (p. 47).

Composto fundamentalmente pela indústria farmacêutica e de equipamentos e de insumos, este setor enfrentou questionamentos quanto à sua eficácia e aos seus custos desde o momento inicial de sua grande expansão. No que diz respeito ao primeiro aspecto, a estratégia da medicalização do sofrimento via incorporação de novas tecnologias já gerava preocupações em 1948 (39), e críticas quanto a este padrão de cuidados de saúde inspiraram obras no período em questão (112,113). Com relação ao segundo aspecto, Braga & De Paula (39) já advertem: “a enorme expansão da atenção médica nas últimas décadas não corresponde a uma equivalente melhoria dos níveis de saúde da população. Corresponde, certamente, à criação e desenvolvimento de um novo setor das economias capitalistas que absorve uma parcela crescente da Renda Nacional” (p.159).

A *indústria farmacêutica* verificou fenomenal desempenho graças, inicialmente, à descoberta dos antibióticos, a partir da década de 40. As cifras de crescimento de faturamento são vultosas: na década de 30, as vendas, nos EUA, foram da ordem de US\$ 250 milhões; Em 1959, chegaram a US\$ 2,45 bilhões. No que diz respeito à *indústria de equipamentos e insumos*, estes apresentam franca expansão a partir da década de 60, quando as tecnologias hospitalares incorporam as novidades da eletrônica e este ramo da indústria passa a ter menor demanda do campo militar, com a restrição de gastos da NASA e das Forças Armadas estadunidenses, após a mudança de estratégia no Vietnã. A linha de produtos descartáveis (como agulhas, seringas, lençóis) era outra vertente desta indústria (39).

Ambos os setores, por serem profundamente capital intensivos e de rápida inovação tecnológica, estiveram sempre sob clara direção dos grandes conglomerados que se formavam no centro capitalista. Esta *organização* oligopolista, típica dos mercados em que operam as transnacionais, assumiam características próprias e inéditas. Hadler (43), ao sintetizar as visões de Celso Furtado sobre as estratégias de mercado das transnacionais, afirma que elas não apenas manipulam o consumidor pela fixação de sua própria margem de lucro: “[...] fundamental (...) é o consumo dirigido, isto é, o condicionamento dos padrões de consumo por meio da ofensiva publicitária das empresas. A

concorrência passa a se dar no plano da inovação (diferenciação) de produtos, impondo-lhes um ritmo acelerado de obsolescência”.

Neste sentido, as grandes empresas transnacionais foram protagonistas fundamentais na difusão não apenas das mercadorias produzidas, mas no padrão de consumo determinado. Uma modernização que difunde não apenas produtos, mas um modo de vida. A *medicalização*, neste sentido, surge como um todo articulado entre produção, consumo, transformações culturais e políticas da prática médica, no sentido de favorecer uma estratégia reprodutora das relações capitalistas (115). No caso brasileiro:

[...] a política de saúde do 'milagre', coerente com a política econômica de então, que preconizava um crescimento acelerado com uma elevada taxa de produtividade, conjugada a baixos salários para grande parte da massa trabalhadora. Esta política desfavoreceu a maioria das categorias, mas favoreceu os trabalhadores especializados, os técnicos e os quadros superiores empregados nos setores de ponta da economia. Esses grupos foram beneficiados por altos salários e incentivos, o que possibilitou o aumento do consumo desses setores privilegiados, assim como a difusão da ideologia do consumo no conjunto da sociedade. A saúde passou então a ser vista como um bem de consumo. Especificamente, um bem de consumo médico (116).

5.3.2 A indústria farmacêutica

A descoberta da penicilina (1928) – cujo uso terapêutico se iniciou somente em 1941 – e a síntese do protonsil (1935), a primeira sulfamida com efeitos comprovadamente antibacterianos, são os marcos do que se convencionou chamar de *revolução terapêutica*. O sucesso da aplicação da primeira durante a Segunda Guerra foi a senha para o desenvolvimento de uma ramo da indústria química que seguiu com uma elevada taxa de diferenciação de produtos: a cortisona, em 1949; a estreptomicina, que combinada com o PAS se torna o primeiro tratamento efetivo para tuberculose (1950); 1952 é o ano de introdução do primeiro psicotrópico neuroléptico (clorpromazina), que abre o caminho para enorme desenvolvimento de drogas com efeito no sistema nervoso; em 1955, são produzidas as primeiras vacinas para poliomielite; a pílula anticoncepcional chega ao mercado em 1960; em 1964, são lançados

os anti-hipertensivos clorotiazida e propranolol. Em 1971, é lançado tratamento que cura 70% dos casos de leucemia infantil e, em 1974, o tratamento de baixas doses de heparina como profilaxia de doenças trombóticas. O fim deste ciclo se dá na segunda metade da década de 70, quando o ritmo de descobertas e introdução de novos produtos desaba, ao mesmo tempo em que os custos aumentam em ritmo acelerado (117).

A coincidência entre a era dourada do capitalismo e da indústria farmacêutica¹⁴⁸ não pode impedir o registro de calamidades como a talidomida, tranquilizante e antiemético, introduzida inicialmente no mercado alemão ocidental em 1957, é retirada do mercado cinco anos depois, tendo provocado malformações em 12.000 crianças cujas mães utilizaram o produto na gravidez. O acelerado ritmo de diferenciação, os imperativos do desenvolvimento tecnológico, que estimularam os países centrais a organizar articulações entre universidades, institutos tecnológicos e indústria, tinham como contraparte crimes contra a humanidade, como o estudo de Tuskegee (1932 – 1972), que negou, a título de experimentação científica (estudo da “história natural da doença”), tratamento a homens negros portadores de sífilis. Outros exemplos abundam (117).

Outra estratégia da indústria da saúde em geral, mas tendo à testa a farmacêutica, foi a *criação de enfermidades*. A chamada “revolução psicofarmacológica” produziu, por exemplo, “pela primeira vez, uma caracterização nosológica se dava em termos puramente pragmáticos, tendo como elemento norteador principal a resposta clínica a uma determinada substância farmacológica”, no caso dos pacientes doravante portadores da “ansiedade crônica” pelo DSM-III (1980), que respondeu positivamente ao uso de imipramina (118). O caso da hipertensão arterial também, de certa forma, encontra paralelo neste exemplo. Sem querer questionar o caráter benéfico de abordagens como a terapêutica precoce da hipertensão arterial sistêmica, é necessário citar como as intervenções excessivas, como exames de check-up, que transformam pessoas assintomáticas em doentes, escancaram, desde aquela época até hoje, o enorme potencial iatrogênico do complexo médico-industrial (113,117,119,120). A *publicidade*, da qual a indústria farmacêutica está entre os maiores entusiastas, também é pilar fundamental de sua estratégia. Em 1963, os gastos com publicidade constituíam o dobro das despesas com pesquisa e desenvolvimento das companhias farmacêuticas estadunidenses (12% versus 6,1% do total), a maior proporção entre todos os ramos industriais (39).

No Brasil, antes de 1945, a indústria farmacêutica encontrava-se, ao menos do ponto de vista tecnológico, equiparada à suas congêneres estadunidenses ou europeias, por se tratar, mais propriamente,

¹⁴⁸ Sua lucratividade é das mais elevadas: encontra-se em terceiro lugar dentro 41 ramos industriais dos EUA (39)

de uma indústria semi-artesanal, com grande parte da produção sendo realizada em pequenas unidades¹⁴⁹. Pode-se dizer que era um ramo incipiente da indústria química, esta sim bem mais evoluída, do ponto de vista tecnológico, nos países centrais do que no Brasil. As grandes transformações porque passou o setor a partir das décadas de 30 e 40 não foram, como se viu, acompanhadas pelo Brasil. Sem indústria química os laboratórios existentes foram se tornando, na melhor das hipóteses, “casas representantes”, meros compradores e empacotadores da matéria-prima produzida pela indústria dos países centrais. Ainda poucos laboratórios estrangeiros se haviam estabelecido no Brasil, nenhum antes de 1920 (121, 122).

A conjuntura da guerra, como se viu, deu impulso adicional ao regime de substituição de importações. A indústria farmacêutica brasileira pode se ampliar, mas sem alterar o caráter restrito do modelo substitutivo¹⁵⁰. Já é após a década de 50 que os principais produtos novos passam a ser introduzidos exclusivamente pelas empresas transnacionais. À indústria nacional, restaram produtos menos sofisticados e com menor dependência de capital. As instruções 70 (de 1953, estimulava a instalação de indústrias estrangeiras ao sobretaxar importações de medicamentos acabados) e 113 (de 1955, por criar facilidades para a acumulação de capital estrangeiro) da SUMOC foram medidas adicionais na consolidação deste quadro (115).

Assim sendo, o setor já nasce francamente transnacionalizado. O grau de concentração da indústria pode ser medido, pelo fato de que, de 43 empresas brasileiras negociadas entre 1958 – 1972, 34 foram vendidas para grupos europeus ou estadunidenses. O volume de vendas por localização da matriz mostra que, se em 1962, 26% das vendas iam para indústrias nacionais, em 1975 esta fração caiu para 12% (115,121). Em 1972, do capital integralizado das empresas Sistema Industrial Farmacêutico, 77% pertenciam a acionistas estrangeiros. Estas empresas detinham 71,5% do faturamento, 61% da produção e 66% da mão de obra, e 74,2% dos componentes básicos manipuláveis no setor eram importados¹⁵¹ (123).

Devido às características do mercado oligopolizado dominado pelas transnacionais, restava à produção realizada em solo nacional a mera produção de especialidades farmacêuticas importadas ou de drogas amplamente disseminadas. Mesmo com o não cumprimento dos acordos de patentes pelo Brasil, a partir de 1969, o fato de a pesquisa e desenvolvimento de novos fármacos, bem como a pesquisa de

¹⁴⁹ Em 1935, 93% dos estabelecimentos tinham menos de 12 empregados (121).

¹⁵⁰ Geraldo di Giovanni cita o exemplo da penicilina, que não pode ser produzida em pequena escala (isto é, a escala do mercado nacional) devido seu alto custo. Além disso, no imediato pós guerra, as empresas nacionais que lograram produzir esta droga só conseguiram ao realizar *joint ventures* com companhias americanas.

¹⁵¹ Dados do Plano Diretor da CEME (1973)

métodos industriais para produção, ficarem concentradas nos EUA e Europa Ocidental bloqueava a competitividade da indústria nacional.

O aumento do consumo de medicamentos no Brasil pode ser medido pelo crescimento da produção em 145%, no período entre 1959 e 1970, acima da taxa de crescimento da indústria de transformação. Se na década de 50 o Brasil era o décimo maior mercado consumidor de fármacos, em 1975 ascendeu para sétimo. Cabe lembrar, porém, que este consumo era permeado por enorme assimetria: apenas 40% da população brasileira (cerca de 40 milhões) em 1977 fazia parte efetivamente do mercado consumidor de fármacos (39). Mesmo assim, a proporção da renda gasta com compra de fármacos foi maior no Nordeste que na região metropolitana do Rio ou nos estados da região Sul, embora o maior volume de gastos se encontrasse nas regiões e estratos de renda mais ricos (115).

Algumas particularidades brasileiras no que diz respeito à ação das transnacionais farmacêuticas são dignas de nota. Imediatamente antes do golpe de 64, o então ministro da Saúde de João Goulart, Wilson Fadul, baixou decreto que instituiu o Grupo Executivo da Indústria Químico-Farmacêutica (GEIFAR). Suas ações começaram por regular o uso de divisas para compra de matérias primas farmacêuticas que estivessem em desacordo com os preços internacionais. O *superfaturamento* destes insumos, comuns no Brasil¹⁵² e em países como a Colômbia, estavam inseridos na estratégia das matrizes de aumentar seus lucros através de suas subsidiárias, instituindo uma política de controle de preços. Outra de suas atribuições era criar uma política de subsídios e incentivos a uma indústria química e farmacêutica nacional. O movimento de 1º de abril revogou as principais ações do GEIFAR em junho de 64 (121,124,125).

Num cenário em que o núcleo dinâmico do setor está completamente dominado pelo capital internacional, as práticas deste encontram terreno fértil, no caso de um país dependente, para ampla liberdade de ação. A inexistência de maiores obstáculos à *introdução de novos medicamentos* era evidente não apenas pela fragilidade dos Serviços Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia (que vigorou entre 1942 até 1976, quando passou a integrar o SNVS). Não havia qualquer controle laboratorial, bastando apresentação de documentação constando informações técnicas elementares. Sendo assim, “tal permissividade, contínua ao longo de mais de três décadas, é a principal responsável pela existência de um grande número de produtos colocados no mercado: mais de 20.000, seguramente” (121).

¹⁵²A notícia de que alguns medicamentos foram importados com até de 2.000% de ágio (caso da cloroquina-base, da Sidney Ross) provocaram comoção na opinião pública (126).

Frente às crescentes preocupações devido às *fraudes e inocuidade* de muitas apresentações farmacêuticas, a Associação Médica do Rio de Janeiro (AMERJ) publicou, em 1976 e 1977, listas de Medicamentos Não recomendáveis, baseada em larga medida nas recomendações da American Medical Association (AMA) e do Food and Drug Administration. Na lista, constam muitas combinações de drogas em dose subclínica, cuja combinação não tem efeito terapêutico (e, portanto, “empurra” ao usuário uma substância desnecessariamente), claramente ineficazes ou perigosos¹⁵³ (126).

As estratégias de diferenciação e obsolescência programada adquirem contornos dramáticos no Brasil. A CPI do Consumidor, encerrada em 1977, investigou também a indústria farmacêutica. Veio à tona a existência de mais de 400 apresentações “hepatoprotetores”, polivitamínicos (frequentemente em subdoses ou superdoses), drogas de amplo espectro, “fortificantes” e muitas outras tantas ineficazes, as drogas classificadas como “sintomáticas”¹⁵⁴, além de drogas que, proibidas desde 1971, ainda estavam no mercado nacional. O apelo de “novas drogas” (muitas vezes, mero relançamento com outro rótulo) também estava na estratégia das transnacionais de escoar os produtos proibidos ou sabidamente ineficazes em seus países de origem (126).

Dada a anarquia do mercado, que durante o período da ditadura não sofreu qualquer tipo de controle e recebeu fartos subsídios¹⁵⁵, a *automedicação* cresceu livre no Brasil. Além da permissividade da venda de fármacos, concorreu para esta característica do mercado brasileiro a última e talvez mais importante das estratégias das transnacionais do setor: a *publicidade*.

Muitas análises da época apresentam diversas estratégias publicitárias. Fundamentalmente, estas se dividem a dois públicos: os médicos, especialmente no que se refere aos medicamentos “éticos” (vendidos apenas sob prescrição); e o público em geral. Concomitante a isso, estratégias agressivas de vendas, com as quais as fabricantes passaram a submeter os estabelecimentos vendedores, contribuem para explicar o sucesso comercial da indústria farmacêutica.

O setor de propagandas dirigidas aos médicos pode ser medido pela razão de representantes de laboratórios por médico. Em 1970, esta razão era de um para três no Brasil ao passo que, para EUA,

¹⁵³ Muitas das drogas listadas, sabe-se hoje, são medicamentos fundamentais e de uso corrente, dado seus baixos riscos. Drogas como dipirona e metformina eram (a primeira até hoje) proibidas no mercado dos EUA devido precisamente ao lobby das companhias estadunidenses, que dispunham de patentes de drogas outras com as mesmas finalidades.

¹⁵⁴ Para Cordeiro (115), o elevado nível de prescrição destas classes de medicamentos se deve às práticas, cada vez mais comuns, de paliar o mal estar referente às más condições de trabalho.

¹⁵⁵ Dentre os membros dos *think tanks* que conspiraram pelo golpe de 64 (IPES/IBAD), encontram-se diversos diretores e acionistas de empresas do ramo químico e farmacêutico: Paul Albright, ER Squibb and Sons; Paulo Ayres Filho, Instituto Farmacêutico Pinheiros (Chemie Grünenthal); Heinning Boillessen, Sociedade Beneficente de Coleta de Sangue. Exemplos apenas de sobrenomes iniciados por A e B. Para a lista completa, conferir Dreifuss (47).

Finlândia, Inglaterra, Suécia esta relação era de, respectivamente, 1:14, 1:17, 1:18 e 1:24 (123). Tratava-se de “propagandistas-vendedores”, meticulosamente formados nas estratégias de grandes empresas. Estas incluíam produção de material “científico” de divulgação de seus produtos dirigidos aos médicos, distribuição de amostras grátis e brindes, além do financiamento de periódicos científicos (121). Em geral, os grandes laboratórios dirigiam suas propagandas exclusivamente aos médicos.

Uma das estratégias talvez mais chocantes de indução do consumo de medicamentos seja aquela em que os laboratórios, em geral menores e produtores de *similares*¹⁵⁶, estipulam bonificação para os vendedores, que podem chegar a aumentar em 50% do faturamento de farmácias (121). Premidos pela queda da margem de lucro de seu setor, bem como pelas dificuldades de manterem estoques, além destes incentivos comerciais, os estabelecimentos comerciais inauguraram mais uma modalidade tipicamente brasileira de comércio: a *empurroterapia*, irmã da automedicação.

Por fim, a anarquia reinante no setor permitia propaganda direta ao público de drogas como Doril, Vitasay ou mesmo tradicionais como Biotônico Fontoura foram disseminadoras de um estilo de vida em que o “mito da saúde” é, agora, mais fácil de ser encontrado em um simples ato de prescrição (ou automedicação) de uma droga que resultado de melhores condições de vida (127). O circuito da modernização se fechava, ao menos no que diz respeito à propaganda.

A tendência de concentração, centralização e *desnacionalização* da indústria e as distorções decorrentes mereceu, após a extinção do GEIFAR, durante a ditadura, uma tentativa de contraponto. Em 1971, o governo instituiu a Central de Medicamentos (CEME), para a qual havia duas orientações contraditórias, dentro da máquina pública. Um grupo nacionalista, ligado a um setor das forças armadas, visava ao atendimento das necessidades da assistência à saúde e interferir na produção interna de matérias-primas, com maior autonomia frente ao exterior e com protagonismo estatal no setor frente ao setor privado. Outro grupo estava ligado aos interesses empresariais, em especial o capital internacional (123). Desta queda de braço resultou a política concreta da CEME.

O Plano Diretor da CEME, de 1973, estabelecia como marco geral a associação do desenvolvimento econômico-social a uma política farmacêutica integrada com as políticas de saúde. No campo da produção, estabelecia prioridade: ao setor estatal, a serem modernizados, de maneira a utilizar a capacidade ociosa e de baixa produtividade em função das necessidades dos setores mais carentes (a Relação de Remédios Básicos); setor privado nacional, através da aquisição de produtos, incentivos à importação de matéria-prima e fomento à pesquisa e desenvolvimento tecnológico, de forma a fornecer

¹⁵⁶ Favorecidos pelo fim das patentes de medicamentos no Brasil em 1969.

condições de resistência ao processo de incorporação das empresas nacionais pelas transnacionais (39,115,123).

Naturalmente, esta política despertou enorme reação das transnacionais, representadas, curiosamente, pela Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica (ABIFARMA). Seus clamores contra a “estatização” do setor, anteriores ao Plano Diretor, vinham acompanhados de ofertas generosas¹⁵⁷, e, de resto, através de sua ação política junto ao governo, conseguiram neutralizar a proposta inicial de estabelecer a CEME como artífice de uma tentativa de desenvolver o setor nacional de produção de medicamentos, como se verá.

A CEME passou por uma verdadeira “dança das cadeiras” ministerial. Inicialmente agência vinculada ao Gabinete da Presidência, em julho de 1975 ela foi fatiada da seguinte forma: funções de pesquisa para o Ministério da Indústria e Comércio; distribuição de medicamentos, para o Ministério da Assistência e Previdência Social, em 1975. Este último foi responsável por retirar diversos medicamentos da lista básica, o que abriu mercado para as transnacionais nos segmentos mais pobres (39,125).

No que diz respeito à *produção*, entre 1973 e 1976, dentro do programa da CEME, há uma expansão de 495% do valor de produção do setor oficial (estatal e paraestatal), contra 209% do setor privado interno e 64% do setor internacional, tendência que iria crescer ainda mais em 1977, com a incorporação, pela CEME, das compras de medicamentos pelo INPS, embora o principal aporte venha, desde 1975, das compras realizadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Com relação ao programa de *modernização*, não houve exatamente uma tendência de aumento dos investimentos no setor produtivo – o único caso de incremento se deu na produção de vacinas do Instituto Vital Brasil, no Rio de Janeiro. Como o apoio aos laboratórios oficiais ficou muito aquém do necessário para acompanhar o aumento da demanda, sua participação relativa nas compras da CEME decaiu. O aumento realmente verificado é na modernização dos almoxarifados, em decorrência da importância que o programa de *distribuição* assume a partir de 1975. Este, impulsionado após a criação do Sistema Nacional de Saúde, viria também incorporar o segmento privado vinculado ao INPS, bem como disseminar a utilização de medicamentos subvencionada pelo Estado por um número crescente de municípios. O financiamento à *pesquisa e desenvolvimento* teve crescimento discreto (39).

Conforme a tabela 6, os maiores gastos do CEME foram com a compra de medicamentos para

¹⁵⁷R. Schneider, presidente da Pfizer no Brasil, afirmou: “Estamos prontos a cooperar com a CEME, fornecendo-lhe medicamentos com 50% de desconto – na realidade, temos capacidade de aumentar a produção – mas só o faremos se o governo não distribuir medicamento para aqueles que tem condição de comprá-los”. Citado em (125)

distribuição. De todos os objetivos inicialmente levantados, nem o fortalecimento do setor estatal, nem o aumento da autonomia frente ao setor resultaram da política da CEME. De fato, o principal papel desempenhado pela CEME foi o de distribuição, consistindo em um programa de subvenção pública para ampliação e manutenção de um mercado de medicamentos francamente dominado pelo setor privado, especialmente internacional (39). Apesar do seu tamanho (respondia por 3% do total de aquisições, em parte por estar praticamente de fora das compras no estado de São Paulo), “os efeitos político-ideológicos seu papel de indução do padrão de modernização do consumo de medicamentos para o conjunto do território nacional” parcelas expressivas dos medicamentos eram “sintomáticos” ou de largo espectro – merecem destaque (115).

Tabela 6

Ano	Aquisição e Distribuição de Medicamentos	Modernização dos Laboratórios Oficiais de Produção	Pesquisas
1972	35224	0	0
1973	65214	0	9274
1974	190856	5038	10537
1975	287951	3059	14636
1976	355191	10623	10457
1977	609500	5500	15000
Total	1547936	24420	53904

Evolução dos recursos despendidos pela CEME (em Cr\$) em diversos programas, 1972-1977. Fonte: MPAS, CEME – Relatório de Atividades, 1977. Retirado de CORDEIRO, 1980 (p. 148)

5.3.3 A indústria de equipamentos

O outro componente do setor produtor de bens de consumo em saúde é de mais difícil delimitação. Como ressaltam Braga & De Paula (39), o crescimento do setor pode ser medido pelos gastos com cuidados hospitalares, intimamente ligados à incorporação de novas tecnologias assistenciais, dentre as quais os modernos equipamentos. Os EUA gastavam US\$ 3,2 bilhões com assistência hospitalar em 1950, US\$ 13,3 bilhões em 1965 e US\$ 20 bilhões. As características deste braço da indústria podem ser assim definidas:

Pode-se dizer que na indústria de equipamentos de uso em saúde, predomina a competição via diferenciação de produtos, com uma grande quantidade de novos produtos tecnologicamente avançados lançados continuamente, com novas opções de tratamento e diagnóstico, com ciclos tecnológicos curtos (com duração de menos de dois anos), e que são vendidos em condições especiais com serviços e outros produtos atrelados. Uma característica marcante dessa indústria é sua crescente absorção de avanços tecnológicos oriundos de indústrias tradicionalmente inovadoras, como a microeletrônica, automação, mecânica de precisão e materiais (128).

O hospital passa a ser o *locus* preferencial de incorporação de equipamentos modernos por uma questão de escala econômica: o médico isolado tem menores condições de arcar com o contínuo (e cada vez mais caro) fluxo de novidades no setor, embora a posse de parte dos instrumentos de trabalho caracteriza o trabalho médico autônomo (12). Assim, os serviços ambulatoriais também passavam a ser vetores da incorporação de bens modernos, o que explica a expansão da rede ambulatorial privada contratada e conveniada pelo INPS na década de 1970. Uma explicação adicional para o impulso do setor é o fim do ciclo da “revolução terapêutica”, que abriu caminho para que aquele ramo do complexo médico-industrial pudesse se expandir (39).

A existência de um setor industrial de produção de equipamentos médicos é recente no Brasil. Data da década de 1950, quando da instalação das primeiras fábricas de seringas e agulhas, bem como de aparelhos de anestesia. Na década de 1960, são criadas as primeiras fábricas de instrumentos cirúrgicos. Mas é a partir da década de 1970 que o maior impulso é dado, ligado à unificação do aparelho previdenciário e consequente expansão dos serviços de saúde. Neste período, o segmento de aparelhos eletroeletrônicos e de material de consumo associado passa a ser, em grande medida, produzido no Brasil. Trata-se de aparelhos e filmes de raios-X, de instrumentos de laboratório, de eletromédicos e monitoração, de dialisadores e oxigenadores, válvulas cardíacas e marca-passos (129).

A forte expansão do mercado (entre 1971 e 1976 o setor de *equipamentos, aparelhos e instrumentos* dobrou de tamanho – 39) foi amparada no incremento da produção em solo brasileiro (por transnacionais e empresas de capital nacional) e de importações (entre 1967 e 1975, estas cresceram 414%). Segundo Giovanni (130), este período foi marcado pela grande facilidade de importações e da incorporação de tecnologias pelo parque instalado: “ao mesmo tempo em que a indústria local se desenvolveu, houve diversificação maior na pauta de importações, fazendo com que o setor saúde pudesse desfrutar de uma espécie de “mimetismo tecnológico”, rapidamente respondendo e adotando padrões tecnológicos vigentes nos países mais desenvolvidos” (p.112).

Braga & De Paula (39) dividem o setor em cinco grupos, embora ressaltando as dificuldades metodológicas e de escassez de dados. O primeiro grupo, de *aparelhos e instrumentos elétricos e eletrônicos*, representou cresceu fortemente ancorado em exportações, e a produção no território nacional se dá especialmente à custa das empresas transnacionais. Embora alguns tipos de equipamentos fossem produzidos pela indústria nacional, alguns, como aparelhos ligados ao diagnóstico por imagem (60% das importações em 1970) e de radioterapia (25% das importações em 1975) foram responsáveis pela expansão de 662% no volume de importações (excluindo aparelhos de raios X) deste grupo entre 1967 e 1975. O setor de equipamentos de raios X, bem como os materiais de consumo por ele demandado, era prioritariamente suprido por importações: em 1973, apenas 16,5% dos “aparelhos completos” eram feita no Brasil, e as importações aumentaram em 300% entre 1967-1975. Uma síntese do setor:

Os equipamentos mais complexos e mais caros, como os aparelhos de raios X de maior porte, os aparelhos por diagnóstico por imagem (ultrassom, tomografia computadorizada, RNM) e certos aparelhos de laboratório nunca lograram ser fabricados no país. Ademais, a diversidade de material de consumo usado no país amplia-se consideravelmente, à custa do aumento das importações (129).

O segundo grupo, de *aparelhos e instrumentos não eletrônicos*, era composto basicamente por “instrumentos de valor unitário relativamente pequeno e de consumo difundido”, como aparelhos para cirurgia e odontologia, sendo o ramo menos concentrado da indústria de equipamentos (as quatro maiores empresas respondiam por aproximadamente 40% do valor de produção) e mais internalizado (a produção nacional respondia por mais de 50% da demanda, e crescia em ritmo mais rápido que as importações – 76% versus 59%), ao se verificar dados entre 1970 e 1973. Ainda assim, o volume de importações cresceu 418% ente 1967-1975.

O terceiro grupo, de *materiais de consumo corrente*, também de baixo valor unitário e consumo disseminado, é o que apresenta a maior parcela do mercado (oferta agregada, isto é, produção nacional mais importações). Além disso, era o mais concentrado dos ramos pesquisados por Braga & De Paula (39): 60% da produção era de responsabilidade de 4 empresas, das quais 3 eram estrangeiras. Esta era uma das explicações para o baixo coeficiente de importações – 6% do consumo aparente em 1970. Do que era produzido em território nacional, 65% era representados pelos produtos de “uso misto” (como gaze e ataduras, cujo consumo não depende exclusivamente de serviços de saúde; o dado é de 1970). Já

dentre os bens importados, os quesitos “material cirúrgico” e “agulhas e seringas” contavam com cerca de 40% do total das importações cada item (dados de 1975). Cumpre ressaltar a importância do último subgrupo, por representar setor importante na dinâmica de inovações (materiais descartáveis).

O quarto grupo, *móveis especiais para uso médico-cirúrgico*, era muito pequeno e o valor das importações irrisório. O quinto grupo, de *artigos ortopédicos em geral* (mais precisamente, de órteses e próteses), de grande produção nacional (80% da demanda corrente), embora de caráter mais artesanal, à exceção de produtos como aparelhos para surdez, produzidos por transnacionais como a Siemens.

Tabela 7

	1970	1973	Variação %	% do total (1973)
Equipamentos Elétricos	297449	413427	38,1	28
Equipamentos não eletrônicos	99516	175715	76,6	11,9
Materiais	545183	886482	62,6	60,1
Total	994148	1475624	56,3	100

Indústria de equipamentos. Valor da produção 1970-1973 em Cr\$ de 1976
Retirado de BRAGA & DE PAULA (1980)

O crescimento do consumo destes bens modernos foi possibilitado pela grande ampliação da capacidade de atendimento do aparelho previdenciário, especialmente dos *serviços não próprios*, que incluíam a rede privada e serviços municipais, estaduais e de ensino (39). Em 1971, havia equilíbrio entre a prestação de serviços complementares pela rede previdenciária própria e não própria. Em 1976, a rede não própria representava 80% do total nacional. Foram os ambulatórios não próprios que absorveram a maior parte dos serviços complementares como os que utilizavam radioisótopos e eletroencefalogramas, embora esta tendência fosse observada em menor grau para exames radiológicos e eletrocardiogramas. O volume de serviços dobrou e se descentralizou pelo território nacional durante o período. Estes autores concluem que:

A expansão da medicina previdenciária foi feita fundamentalmente através de serviços de terceiros (...). A expansão da rede previdenciária não própria, que a princípio operou-se a nível de atendimento hospitalar, ganhou terreno no atendimento ambulatorial nos anos 70, com a multiplicação dos contratos com empresas de medicina de grupo e hospitais e clínicas particulares. Também foi importante a articulação da rede do atual INAMPS com a dos organismos públicos não previdenciários, como as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, que ganharam ênfase no período (p. 191).

O período 1976 – 1980 foi marcado pelo fechamento externo, com redução das importações em geral, mas com aumento nos grupos mais dependentes de tecnologia. Exatamente por isto, em 1980, o setor radiológico era abertamente comandado pelo capital estrangeiro (73% do capital das empresas), ao passo que equipamentos odontológicos era equilibrado (meio a meio), e o subsetor “médico-hospitalar” e “laboratório” dominado por capital nacional (entre 75 e 80%) (130). Em síntese:

Em meados dos anos 70, estabelece-se uma clara divisão entre capital nacional e capital multinacional. (...) a liderança das empresas multinacionais se afirma nos segmentos de mercado cartelizados, nos quais a barreira à entrada reside no controle da técnica, muitas vezes não só incorporada no produto, mas nas matérias primas, cujo fornecimento é monopolizado nestas empresas. Esta liderança é clara em produtos como marca-passos, aparelhos de raios-X, aparelhos de ultrassom, aparelhos de hemodiálise, etc., onde se observa uma rápida transformação de tecnologia, que torna obsoleta qualquer tentativa de imitação (pp. 105 – 106).

O período entre 1980 – 1985 consolida a tendência anterior: uma internalização da produção dos bens de menor componente técnico, com incrementos inclusive na exportação de alguns destes produtos. Ainda assim, o setor de equipamentos elétricos observa aumento das importações (130). Com a importância crescente da indústria de eletromédicos no Brasil, estende-se a política de reserva de mercado, que acabou por ser positiva apenas no segmento de monitores cardíacos (dentre laboratório complexo, ultrassom e marca-passos), devido à preexistência de capacidade tecnológica local.

Neste sentido, a chamada *internalização das estruturas produtivas* do setor de equipamentos sofreu bloqueios devido: a aceleração do ritmo de inovação tecnológica ditado pelas empresas transnacionais, em especial no campo da informática e de materiais; a relativa debilidade do empresariado nacional, composto, no setor, de empresas de pequeno e médio porte, sem adensamento tecnológico compatível com o perfil do setor; o tamanho restrito do mercado nacional, que não permitia ganhos de escala para o desenvolvimento de nichos tecnológicos. Todos estes fatores explicam o porquê da política de reserva de mercado não ter logrado resultados favoráveis, afugentando empresas produtoras (e aumentando ainda mais o coeficiente de importação), à exceção dos equipamentos de laboratório, que subcontratavam empresários locais. Ainda assim, o produto industrial do setor cresceu 12,25% ao ano na década de 70, ritmo atenuado na conjuntura recessiva da década seguinte (129). Cumpre lembrar que a queda nas importações entre 1971 e 1985 não foi tão expressiva: 0,5% ao ano, o que deve indicar o aumento do *gap* tecnológico entre a produção interna e os setores mais dinâmicos da

indústria de equipamentos, responsáveis pelo grosso das importações (130).

Assim, mesmo numa conjuntura de crise, prosseguiu a expansão do processo de modernização, no que diz respeito ao setor de equipamentos médicos. Cumpre notar que os segmentos mais dinâmicos das duas indústrias (farmacêutica e insumos) eram francamente transnacionalizados, seja no volume de produção, seja no padrão de incorporação tecnológica. Os grandes interesses destes *players* internacionais apontam para uma colisão com a formação de um sistema nacional de saúde, uma vez que o padrão induzido por eles (alto consumo de fármacos, materiais, insumos) aumenta os gastos com assistência individual, aumenta a dependência de importações, ao mesmo tempo em que negligencia ações de saúde de cunho coletivo ou mesmo reformas estruturais (como a reforma urbana com generalização do fornecimento de água e saneamento básico), que teriam fortíssimo e quase imediato impacto nas condições de vida.

5.3.4 Uma discussão de caso sobre saúde e modernização: mortalidade infantil, aleitamento artificial e imunização contra poliomielite

O aumento da mortalidade infantil em São Paulo no período de 1960-1974, um dos principais componentes da estagnação na tendência de queda deste coeficiente na região Sudeste (85), suscitou grandes debates e preocupações no seio do regime e da intelectualidade crítica. Muitos realizavam associações diretas entre a política de arrocho salarial e precárias condições de vida em geral com este fenômeno. Zuñiga E Monteiro (84) listam uma série de autores com este ponto de vista. No entanto, estes autores, ao rever a estrutura da mortalidade infantil, apresentam uma nova hipótese explicativa.

Ao retomar os dados da Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância, estes autores demonstram: 1) A estrutura esperada para altos CMI (menor importância da MI neonatal) não foi encontrada em SP, dado o elevado número de óbitos por causa infecciosa no berçário ou logo após a alta; 2) Níveis de MI entre a segunda semana e os seis meses de vida que superavam em muito o esperado para cidades semelhantes, sendo causada, principalmente, por uma elevada taxa de mortalidade por diarreia. Concluem os autores que o desmame precoce é uma explicação plausível para este perfil de mortalidade. De fato, os níveis de aleitamento materno (crianças nunca amamentadas, desmame antes do segundo mês de vida, duração mediana da amamentação) em SP caíam consistentemente desde 1960, atingindo vale em 1973. Além disso, o abastecimento de água, que poderia atenuar os efeitos do desmame precoce na MI, foi francamente insuficiente até meados da década de 70.

A análise comparada do aumento da MI entre 1 e 5 meses e o declínio do aleitamento infantil demonstra uma imagem em espelho (“quase perfeita”, no dizer dos autores). Além disso, coincidindo temporalmente com a retomada do aleitamento materno, há expressivo aumento do fornecimento de água encanada a partir de 1973-74, possivelmente passando a atender estratos mais pobres da população, da mesma forma que se eleva a escolaridade materna. Zuñiga E Monteiro (84), concluem que, à semelhança do que ocorreu em outros países (como o Chile), o desmame precoce desempenhou papel preponderante no aumento do CMI em São Paulo, e terminam o artigo criticando o papel desempenhado pelas empresas produtoras de “substitutos do leite materno”.

É este precisamente o tema de um belo estudo de Paulete Goldenberg¹⁵⁸. A indústria do leite em pó conhece aumentos de produção a partir da década de 1920, mas é com a Segunda Guerra Mundial que a sua produção cresce bem acima dos níveis anteriores, puxados pela transnacional Nestlé.

Antes mesmo da produção de leite em pó no Brasil, já desde o início do século XX se pode encontrar publicidade em revistas de circulação ao público geral e em periódicos científicos. A autora identifica, no entanto, uma mudança no padrão de publicidade a partir da década de 1940 em três sentidos: em continuidade com os anúncios do período anterior, há uma forte associação entre uso de leite artificial e qualidade, praticidade e esterilidade do novo produto, com indicação para crianças doentes e com dificuldades de amamentação natural. O outro aspecto, que passa a ganhar cada vez mais importância, é a apresentação do leite artificial como “substituto ou complementar” para crianças saudáveis, bem como auxiliar na prevenção de doenças gastrointestinais. Os anúncios encontrados começam a sugerir que a insuficiência do leite materno pode ser compensada com o consumo deste produto pelas crianças, chancelados pela opinião de especialistas estrangeiros. O terceiro aspecto é o deslocamento do cuidado infantil da mãe para o médico, que passa a ser uma espécie de “responsável técnico” pela alimentação, crescimento e desenvolvimento da criança, como expressão da incorporação da moderna ciência pediátrica à prática brasileira.

A partir de então, o leite artificial passa a ser apresentado pela indústria como um “superalimento”, superior ao leite materno, capaz, inclusive, de garantir uma alimentação saudável a lactentes de famílias pobres, filhos de mães desnutridas, que viviam em más condições de higiene e saneamento. De forma bastante análoga à indústria farmacêutica, a publicidade dirigida aos médicos adotava uma estratégia ostensiva a partir dos anos 50 e 60:

¹⁵⁸Sobre esta questão, todas as citações referem-se, salvo indicação em contrário, ao estudo de Goldenberg (131).

A propaganda dirigida aos médicos se realizava através dos serviços assistenciais dos hospitais-escola, que contava com a presença e colaboração das indústrias alimentícias e científicas; das reuniões científicas; dos cursos de atualização e congressos, com o patrocínio e divulgação destas indústrias; da manutenção de um serviço próprio de divulgação científica, além da contribuição para o sustento de revistas científica, com a publicação sistemática de anúncios; e do trabalho dos representantes das indústrias junto ao médico, individualmente; (...) [no oferecimento] de brindes e amostras grátis¹⁵⁹” (p.122).

Um exemplo desta ampla hegemonia científica, no que diz respeito à nutrição dos lactentes, são os estudos com graduandos de medicina e pediatras em formação (residentes), que explicitaram baixo grau de conhecimento sobre questões referentes à nutrição em geral, e aos problemas decorrentes do aleitamento artificial especificamente – a formação nestes campos acabava por ser feita com material da indústria do leite artificial. O surgimento de novos leites artificiais, produzidos de forma a ter uma composição nutricional análoga à do leite materno, aumentou a popularidade destes produtos entre os médicos, para além das reais indicações do leite artificial.

A disseminação do rádio e da TV, a partir dos anos 60, garantiu novo canal de difusão da publicidade do leite artificial. De forma massiva, a imagem de saúde e modernidade são transmitidas em ondas eletromagnéticas, para além dos tradicionais canais da mídia impressa. Segundo a autora, este foi um dos principais fatores que impulsionaram a explosão do faturamento de empresas como a Nestlé, eleito como o melhor desempenho econômico de 1978-1979¹⁶⁰.

Dentre os serviços de saúde, o que a autora chamou de circuito do marketing do leite em pó. Os *Centros de Saúde*, pilar da política assistencial à saúde da criança desde a década de 1930, eram, no geral, unidades públicas de atendimento que foram criadas em grande medida, para garantir uma mínima reprodução da força de trabalho. É neste marco que se cria a política de lactários, dos quais os que acabaram por vingar foram os que distribuía leite em pó, devido a facilidades operacionais, além da difusão da mentalidade que atribuía a superioridade deste. Assim, a distribuição de leite em pó e de mamadeiras torna-se um dos pilares dos programas de suplementação nutricional, com cifras crescentes a altas taxas desde a década de 1940. Segundo a autora, “foi este o mecanismo mais importante de disseminação do aleitamento artificial nas classes de baixa renda” (p.132). Curiosamente, relatos de pediatras que vivenciaram este período, havia uma espécie de orientação não escrita para não se fornecer a totalidade do leite de que necessitava a família, para “impedir um excesso de paternalismo”,

¹⁵⁹ A Nestlé chegava a fornecer papinhas para os filhos de pediatras em quantidade suficiente para um ano.

¹⁶⁰ Entre 1970-1977, a produção de leite integral em pó cresce 16%, ao passo que os leites modificados tem a produção acrescida de 309%, dos produtos da Nestlé. Entre 1974-1978, há um incremento de 1100% nos gastos com publicidade de leites, em geral (pp. 135-136).

alimentando e criando uma demanda que necessariamente precisaria comprar leite em pó no mercado para prover um balanço energético adequado.

O circuito se fecha com a generalização do acesso das parturientes às *maternidades*. Sob o pretexto de reduzir a morbidade perinatal, instituiu-se a rotina dos berçários, em que as mães eram precocemente separadas de seus bebês, estimulando o desmame precoce. Além disso, a alimentação dos neonatos já era baseada em aleitamento artificial, e até meados da década de 1970, as mães recebiam uma lata de leite em pó na ocasião da alta. Já haviam, pois, passado pelo treinamento adequado para uso do leite artificial, continuando este circuito no centro de saúde. A autora sintetiza as razões para a condenação do aleitamento artificial no cenário brasileiro:

Evidentemente, em meio à precariedade das condições de existência, o aleitamento artificial constitui-se num dano, seja diante da sobrecarga que representam os gastos com leite em pó no míngua orçamento das famílias pressionadas pela deterioração do poder aquisitivo; seja em vista das condições de efetivação do consumo, incluindo-se a questão da diluição adequada e das possibilidades de contaminação da mamadeira; seja diante da privação do leite materno e, conseqüentemente, da possibilidade de ter resguardadas melhores condições de saúde da criança, não só por se constituir no alimento específico e adequado para a mesma no início da vida, mas, também, pelas potencialidades de proteção imunológica que é capaz de se conferir” (p. 149).

O quadro apenas começou a ser revertido quando do aumento da distribuição de água encanada em SP, bem como uma reação de profissionais e técnicos de saúde pública e leigos em torno da necessidade de estimular o aleitamento materno e impedir a distribuição de leite artificial para crianças em idade de amamentação exclusiva, iniciada a partir da década de 70. A discussão sobre o impacto do padrão de incorporação tecnológica como redutor da MI também é produtor de grandes polêmicas no campo da saúde coletiva¹⁶¹. É inegável, porém, que algumas intervenções, por menos massivos que sejam seus efeitos, no que diz respeito aos impactos na redução da MI, tem impacto poderosíssimo tanto na redução da mortalidade quanto da morbidade. O caso da *imunização para poliomielite* é um destes exemplos.

Epidemias de poliomielite na capital federal e em outras cidades, nos anos de 1939 e 1953, quando a cadeia de transmissão era mal conhecida, eram respondidas com negação, ceticismo e ações

¹⁶¹ Segundo Zuñiga E Monteiro (84), quatro vertentes explicam a queda da mortalidade infantil: a primeira atribui o primado das condições socioeconômicas, o que explicou a queda da MI ainda no século XIX; a segunda, que atribui às novas tecnologias médicas (antibióticos, vacinas, etc.) papel preponderante neste fenômeno nos países periféricos, em meados do século XX; a terceira, um misto das duas; e uma quarta, resultante da incorporação de “ativos de saúde” (como comportamento) que ajudariam a dar estabilidade ao fenômeno de queda da MI.

demagógicas¹⁶² pelas autoridades. Barros Barreto questionou o estigma de doença de clima temperado, pois, embora as epidemias fossem episódicas, havia alta frequência de casos subclínicos. A impotência absoluta no controle da pólio começou a ruir com o cultivo do poliovírus em células neurológicas, em 1948, e finalmente com as descobertas das vacinas de Jonas Salk (1955) e Albert Sabin (1960) (132).

No Brasil, o uso da vacina Sabin começou em 1961¹⁶³. Os sucessivos êxitos, o baixo custo e a facilidade de aplicação levaram o governo a ampliar sua utilização durante esta década. A partir do começo da década de 70, com o Plano Nacional de Controle da Poliomielite (1971), do Plano Nacional de Imunização (1973), da criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, se pôde introduzir medidas (campanhas e calendário vacinais) e avaliar seus impactos.

Foi em 1979, quando Mozart Abreu Lima assumiu a secretaria-geral do MS, que, após conturbado período de discussões, se iniciou a estratégia do Dia Nacional de Vacinação, para tentar reduzir a incidência de casos, estagnada desde 1968. Esta estratégia, combinada com a rotina de imunização, fez o número de casos despencar até a erradicação em 1994 (132,133). Recorde-se que o Brasil tem um Programa Nacional de Imunizações referência para o mundo, e que, em 2003, 77% da produção era feita em território nacional, fruto do Programa de Autossuficiência Nacional de Imunobiológicos (BERMUDEZ, 1992; BRASIL, 2003), e que desempenhou papel importante para a redução das desigualdades no CMI a partir de meados da década de 1970 (85).

Este breve ensaio procurou apreender o movimento geral conduzido pela absorção de novas tecnologias e seu impacto no padrão de mortalidade e morbidade no Brasil, bem como procurou esclarecer o papel desempenhado pela incorporação de progresso técnico, *de acordo com os padrões de consumo, e sobretudo, pelos interesses por trás deles* podem desempenhar.

A modernização dos padrões de consumo, enquanto traço fundamental do subdesenvolvimento, ajuda a explicar a persistência das enormes heterogeneidades existentes em nosso país. Consumir leite artificial, quando se poderia ter leite materno gratuitamente, ou mesmo a persistência da desnutrição em um país tão pródigo em terras são questões que precisam ser confrontadas. O mesmo se pode dizer da mania das vitaminas em detrimento de um padrão nutricional diversificado capaz de fornecer todos os micronutrientes necessários.

O crescimento gêmeo dos vetores da medicalização – de um lado, a medicina previdenciária privatista; de outro, a incorporação acrítica de fármacos e equipamentos – salta mais ainda aos olhos

¹⁶² “O uso do DDT com certeza não contribuiu em nada para debelar o surto da doença, mas certamente serviu como ritual científico para tranquilizar a população” (132).

¹⁶³ A Salk já era adotada desde 1955, mas de forma residual.

quando se percebe a incapacidade da renda nacional de prover este padrão de consumo de bens de saúde de forma generalizada. Seja pelo aspecto das possibilidades, seja pelo aspecto das necessidades – o perfil sanitário da população brasileira, o subdesenvolvimento persiste nesta nova configuração do setor de saúde no Brasil.

Isto não quer dizer que experiências exitosas não se façam presentes. Como atesta a exemplar política de imunizações brasileira, não se pode dizer que há um bloqueio completo ao novo. Isto seria negar a dinâmica das contradições sociais e, no limite, as possibilidades de mudanças a partir do conflito entre as classes. No entanto, não se pode exagerar seu significado: trata-se de experiências exitosas, residuais (contra-hegemônicas, se se preferir), que, de um lado, são contraditórias ao movimento geral, por exemplo, da privatização da assistência à saúde, de outro lado são orgânicas à legitimação da ordem social, à reprodução social e das forças produtivas. Temos uma longa trajetória de arquipélagos de experiências exitosas que não chegam a conformar um continente.

CAPÍTULO 6: ESBOÇO SOBRE A REFORMA SANITÁRIA

No fim da década de 1970, o apoio externo ao regime ditatorial começava a diminuir, nos marcos do discurso do governo estadunidense de Carter de “defesa dos direitos humanos”, bem como por mudanças no sistema capitalista internacional, para os quais regimes com grande preponderância direta do Estado nos negócios tornava-se, em certa medida, um estorvo a ser contornado.

Do lado de dentro, o fim do ciclo de expansão econômica reduziu as margens para contemplar os setores que sustentavam o regime militar, bem como aumentou as tensões sociais provocadas pelo modelo brasileiro. Na medida do possível, o regime procurou circunscrever à oposição consentida a iniciativa política, e o aparelho repressivo ainda pode operar com alguma liberdade, como nos assassinatos de Manuel Fiel Filho, Vladimir Herzog e da cúpula do PC do B. Ainda assim, o agravamento das tensões sociais, cujo exemplo paradigmático foram sem dúvida as greves operárias de 78-79, e o aumento da agitação política – que cumpriu papel importante na Anistia de 1979, bem como na liberação da inscrição de novos partidos políticos no começo da década de 1980 – colocou na ordem do dia, para a ditadura, garantir a estabilidade e preservação dos feitos do regime – submissão da sociedade nacional ao imperialismo, monopólio da participação política ao tope da sociedade, consolidação da segregação social. O êxito da transição lenta e gradual planejada por Geisel e completada por Figueiredo significaria conservar intactos os dedos do capitalismo dependente, para tentar retomar os anéis adiante.

A tarefa, para o regime, não seria trivial. A despeito da enorme repressão, a emergência de um *novo sindicalismo*, do recrudescimento das lutas camponesas, do surgimento de organizações das massas dos “deserdados do sistema” (como as Comunidades Eclesiais de Base), da retomada das atividades estudantis radicais implicaram, por exemplo, no surgimento de um partido operário e popular de massas (PT), na fundação de uma central sindical independente (CUT) e de uma organização massiva de trabalhadores rurais sem-terra (MST). A efervescência política direcionada a luta pelo fim do regime militar, que incluiu diversas instituições da chamada “sociedade civil” (OAB, CNBB, entre outras), foi verificada também na questão da saúde.

A percepção da saúde como uma necessidade social, isto é, um direito fundamental da coletividade, foi um denominador comum do movimento social do período. Ao sentimento de piora das condições de vida, fruto do arrocho salarial, das precárias condições de moradia e transporte, se somou a crise no sistema de atenção à saúde, que catalisaram a necessidade de urgência para a questão. Neste sentido, a confluência de diversos setores para o que se chamou de Reforma Sanitária merece uma consideração.

O significado do processo histórico que se veio a denominar *Reforma Sanitária Brasileira* é sempre motivo de muita polêmica, além de ser um objeto de estudo de grande magnitude. Os breves apontamentos a serem elaborados aqui não passam, portanto, de um rascunho para balizar as conclusões sobre o período aqui estudado. Posto isso, parece pertinente considerar a RSB ao mesmo tempo uma *ideia, proposta, movimento, projeto e processo*, como sugeriu Paim (9), pois o termo aparece na literatura com todos estes significados. Dentro do recorte temporal do trabalho, se irá referir à RSB como uma retomada do reformismo na saúde, dentro do contexto específico dos movimentos de oposição ao regime, e em especial a análise de suas proposições como projeto político para enfrentar o direito à saúde como uma necessidade social.

6.1 Origens e articulação

Embora tenha sido grande a eficácia do recém-instalado governo autocrático em debelar a crítica do modelo brasileiro de saúde, mesmo em seus anos menos brandos, por assim dizer, houve resistências ao projeto privatista. A resistência ao Plano Nacional de Saúde de 1968 teve participação fundamental do meio acadêmico. Mesmo assim, a perseguição aos acadêmicos e homens e mulheres de Estado virtualmente inviabilizou maior publicidade das teses reformistas e vetou maiores questionamentos ao modelo posto em prática pela ditadura.

As primeiras iniciativas de retomada do pensamento crítico remontam à primeira metade da década de 70, e, neste momento, surgiram quase que exclusivamente das **universidades**. A existência de Departamentos de Medicina Preventiva, tornados obrigatórios a partir da Reforma Universitária de 1968, abrigou núcleos de pensamento crítico, tanto no que dizia respeito à matriz preventivista de origem estadunidense, quanto à situação da saúde brasileira. Quer-se destacar aqui duas vertentes, denominadas por Escorel (7) como “corrente médico-social” e “medicina comunitária”.

A primeira, oriunda da UNICAMP, USP, UERJ e, posteriormente, ENSP, destacou-se por realizar uma síntese teórica que criticava a influência positivista e funcionalista das ciências sociais no pensamento sanitário, propondo uma leitura em que o processo saúde-doença é socialmente e historicamente determinado. Esta corrente de pensamento originou diversos programas de pós-graduação e uma produção intelectual original. A segunda sofreu influência do apelo da orientação de organismos internacionais, como OMS e OPAS, bem como da experiência de países como a China, teve importante aceitação em setores estudantis e deu origem a programas de integração entre universidade e

comunidades, como no Vale do Jequitinhonha (UFMG) e Paulínia (UNICAMP) (7). Nos dois, prevalecia a convicção de que o modelo brasileiro estava deslocado das necessidades de saúde do conjunto da população, propugnavam a mudança dos currículos das faculdades de medicina e a crítica ao padrão tecnocrático de política vigente na saúde.

Como frente de produção intelectual, o pensamento crítico do campo a partir desta época denominado saúde coletiva floresceu, não sem ser bastante importunado pelo aparelho repressivo. Em que pese isto, o apoio de Juan Garcia, da OPAS, bem como de programas abertos nas franjas do II PND, como a FINEP e o PESES. Como lócus de formação de quadros, a academia deu contribuições decisivas para uma geração de sanitaristas, através de cursos de residência, especializações, pós-graduação *stricto sensu*, entre outros.

Este ambiente foi propício a mudanças na atividade do **movimento estudantil**. Seja nas Semanas de Saúde Comunitária (SESACs), seja nos Encontros Científicos dos Estudantes de Medicina (ECEMs), houve a formação de uma vanguarda integrada ao movimento acadêmico sanitário, em especial nas pautas referentes à reforma da educação em saúde. O **Centro Brasileiro de Estudos em Saúde** (CEBES), expressão síntese do pensamento crítico em saúde no meio universitário, foi “a 'transposição' de um pensamento nascido nas universidades para o seio da sociedade civil e faz a articulação do movimento sanitário com os demais movimentos sociais” (7). Sua criação, em 1976, fruto da iniciativa de acadêmicos, em sua maioria, e francamente hegemônico pelo PCB, permitiu o surgimento de um espaço de organização e debate das ideias do novo movimento sanitário. A profusão de núcleos e o sucesso de tiragem da revista “Saúde e Debate” permitiram a consolidação do Cebes como espaço de aglutinação das proposições do pensamento reformista, bem como da articulação deste com o movimento de oposição ao regime. Os lemas de democracia (de que tudo dependia), unificação dos serviços de saúde públicos e sem fins lucrativos e estímulo à participação comunitária foram estampados em editorial da revista, e sintetizavam o denominador comum das diversas posições. A articulação com demais movimentos, como os de origem popular (contra a carestia), em defesa da anistia, bem como o apoio às oposições sindicais de trabalhadores de saúde (especialmente médicos) passaram a ocupar lugar de destaque a partir de 1977.

A partir de fins dos anos 1970, o Cebes propugnou a necessidade de ocupar espaços no aparato estatal como uma das formas de viabilizar a estratégia de reforma do sistema de saúde, além de ser tornar uma espécie de “consultoria militante” para os movimentos sociais. Nas palavras de um de seus dirigentes:

A questão da democratização da saúde passa pela política, a política passa pela luta parlamentar, o Cebes detém o conhecimento técnico na área da saúde, então, ele pode se transformar num elemento de assessoria nas instituições da sociedade civil que estão levando a luta pela democratização. (...) A mudança que o Cebes faz é que além da linha ideológica, de divulgação, ele passa a fornecer a base técnica na área da saúde para os movimentos da sociedade civil brasileira”. Sérgio Arouca, citado em (7).

O **movimento sindical de profissionais de saúde**, especialmente do segmento **médico**, foi outro componente do novo reformismo. Expressão de um setor da categoria médica cada vez mais submetida ao assalariamento, o surgimento de agrupamentos que disputam as entidades médicas em oposição à vertente liberal hegemônica acaba por configurar um grupo unificado nacionalmente que chega a ganhar a direção da Associação Médica Brasileira em 1981. A Renovação Médica (REME) dirigiu importantes sindicatos médicos, como os de SP e RJ, além de associações de médicos residentes. A condição de assalariamento, a adoção de métodos clássicos do sindicalismo (como as greves) e a proximidade aos partidos de esquerda acentuavam a identidade com o programa reformista e operário. No entanto, sofreu reveses após a reorganização do polo conservador, que se propôs a dirigir não apenas os assalariados (foco quase exclusivo da REME), mas o conjunto dos médicos, que trabalhavam sob uma miríade de regimes, derrotando chapas do REME em diversas eleições (12). Ainda assim, este movimento cumpriu um papel decisivo ao aproximar parcela expressiva dos médicos e demais profissionais de saúde das lutas sociais e de um projeto popular de saúde.

O **movimento popular de saúde**, composto pelo conjunto de organizações populares oriundas de CEBs, associações de moradores, entre outras, com apoio de profissionais de saúde, religiosos progressistas, muitas vezes oriundos de projetos de extensão comunitários ligados a universidades. Tendo como ponto de partida, muitas vezes, reivindicações imediatas por ampliação da assistência à saúde e melhores condições de vida, além da luta por democracia, muitas de suas pautas, como o fim do setor privado e da medicina de grupo, acabaram por convergir com as do movimento reformista, bem como aproximar-se do movimento sindical e de partidos de esquerda (8).

Projetos assistenciais, como os citados **PMC**, **PIASS** e aqueles oriundos do **movimento municipalista** contribuíram com experiências exitosas, em que se pôde aplicar teses como unificação de serviços, regionalização, descentralização, participação popular, entre outros. Segundo um de seus protagonistas,

Trabalhávamos com a comunidade com destaque para a parceria com as associações de moradores e os núcleos de Comunidades Eclesiais de Base da Igreja Católica na pujança das catacumbas, escondidos da ditadura militar. Este era o chamado MOVIMENTO MUNICIPALISTA DE SAÚDE que tentam sempre localizar como sendo mais à frente,

com outros atores e desconhecendo a proposta municipalista de implantação dos primeiros cuidados com saúde desta época. A academia pouco escreve sobre estes feitos da década de 1970 que foi um dos maiores movimentos de inflexão da saúde no Brasil. O novo pensamento sanitário teve nos municípios a grande oportunidade de ser posto em prática o que não conseguia nem no Ministério da Saúde, nem nas Secretarias Estaduais de Saúde (134).

A importância destas experiências no desenho e para o acúmulo de forças no interior do aparelho estatal para a estratégia das AIS já foi descrita anteriormente, mas é importante ressaltar como esta experiência foi paradigmática para a prática ulterior do movimento reformista.

Um componente que merece destaque é aquele exercido pelo **movimento sindical** (excetuado o de trabalhadores de saúde). Diferentemente da reforma sanitária italiana, caso exemplar para o movimento brasileiro, o movimento operário nacional não teve o protagonismo na luta pela transformação do sistema de saúde como naquele país. Muito da produção acadêmica, conforme pode ser conferido na revisão contida no capítulo 1 de Bahia (92), atém-se à reivindicação de saúde privada por parte dos sindicatos, em especial dos ramos mais dinâmicos da economia. Uma destas visões avaliava que, ao exigir planos de saúde privados,

As centrais sindicais e grandes sindicatos que incorporavam, no seu discurso oficial, a temática da reforma sanitária, na prática social cotidiana, curvaram-se à realidade fática por pressões das bases, e, desse modo, ajudaram a construir o projeto neoliberal de saúde (11).

Trabalhos como os de Cordeiro (68) e Giffoni (72) divergem desta visão, ao demonstrar que diversos sindicatos opunham-se ao dos convênios das empresas com a Previdência, por sua qualidade precária, e mesmo críticas mais programáticas à privatização do sistema de saúde. Santos (110) reitera o papel da CUT na Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que “defendia a cidadania e um sistema de saúde gratuito, igualando o cidadão qualquer que fosse a sua classe social, a sua raça, se tivesse carteira assinada ou não”. Se de fato parcela majoritária do movimento sindical inclui estas demandas como pauta de reivindicação, em muitos casos elas podem se dever as “reivindicações da manutenção/renovação/ampliação de cobertura de planos já existentes anteriormente” (92). Não custa ressaltar que não passou pelo movimento sindical a montagem de um sistema de negócios com a saúde sob farto incentivo oficial, embora seja inegável que este segmento da sociedade não desempenhou papel tão fundamental na luta pela RSB quanto os demais anteriormente citados. O papel ideológico e político da montagem de um sistema de saúde que replica não apenas a segregação social brasileira, mas as diferenças existentes no interior das classes populares no Brasil, não pode ser menosprezado ao

considerar as dificuldades de um sindicalismo que buscava sua afirmação como organismo independente de uma classe trabalhadora em formação.

A falta de um componente operário e popular mais denso, a despeito da participação da existência de movimentos com este caráter no bloco reformista, foi um dos maiores limitantes deste projeto¹⁶⁴. Sérgio Arouca cunhou o termo “fantasma da classe ausente” para ilustrar o espectro que rondava o movimento sanitário. Posto assim, e ressalvadas as contradições no seio deste bloco, ele foi capaz de influenciar parte do processo de unificação do sistema, em especial na elaboração das AIS, o debate ocorrido no legislativo (o I e II Simpósios sobre Política Nacional de Saúde, em 1979 e 1982) e organizar talvez o clímax deste movimento social, a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986.

6.2 Propostas e Projeto

O documento “A questão democrática na área da saúde”, do Cebes, é uma das sínteses das proposições iniciais do movimento reformista. Apresentado ao I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados, em 1979, este texto parte de um balanço crítico sobre os efeitos do regime ditatorial sobre o estado de saúde do povo, sobre as distorções produzidas pelo modelo privatista, e reforça a necessidade de avançar na luta democrática para permitir a construção da saúde como direito. A natureza social da saúde e da doença, e a necessidade de um sistema de atenção à saúde de responsabilidade estatal informam os marcos referenciais desta visão.

Dentre as linhas de uma reforma no setor saúde, era necessário “deter o empresariamento da saúde”, transformando os atos de saúde em um bem social e gratuito; criar um Sistema Único de Saúde, de responsabilidade total do Estado, e com financiamento baseado em um sistema tributário progressivo e descentralização político administrativa, para se contrapor ao modelo tecnocrático e autoritário vigente; e dar continência à participação popular e atendimento das necessidades de saúde do conjunto da população brasileira. Além destas, preconizava o convívio pacífico entre o trabalho assalariado e “a autêntica prática de consultórios particulares que tem tradição na medicina brasileira”, bem como controle sobre a produção, importação e distribuição de equipamentos e medicamentos, além da remessa de lucros das multinacionais deste setor (109).

¹⁶⁴ Paim (9) traz dados que demonstram a fragilidade da proposta reformista no processo Constituinte: com menos de 55 mil assinaturas, a emenda popular apresentada à Assembleia Nacional Constituinte pelo mesmo Arouca foi menor que a apresentada pelas entidades representativas dos empresários da saúde (70 mil), que a da Reforma Agrária (3 milhões) e do Ensino Público (1 milhão de assinaturas).

Ficam claras as ideias de controle do setor privado de prestação de serviços de saúde por um sistema estatal a ser criado, bem como a necessidade de submeter o setor de medicamentos e equipamentos a um controle de racionalidade técnica em favor dos interesses nacionais. Além disso, o documento propunha uma série de medidas em prol da formação de profissionais de saúde para o novo sistema, redefinir a política do INAMPS, reorientar a política de investimento do FAS para a expansão da rede básica de saúde, medidas imediatas para o controle de epidemias, entre outros.

Outra síntese do projeto da RSB encontra-se no Relatório Final da VIII CNS. Neste documento, apareceram mais claramente que a saúde resulta das condições de alimentação, emprego, renda, educação, habitação, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer e posse da terra; A necessidade de romper com a heterogeneidade estrutural que permeia a sociedade brasileira, como nas diferenças regionais, econômicas, sociais, o que inclui acesso a bens de saúde; a crítica à apropriação privada dos recursos e do aparelho assistencial da saúde. A VIII CNS propugnava o não pagamento da dívida externa, reforma agrária sob controle dos trabalhadores, direito à greve, a participação popular e o controle social sobre a política de saúde, estatização da indústria farmacêutica. Com relação à reformulação do sistema de saúde, já havia um consenso razoável sobre a criação de um sistema único, sob os princípios da seguridade social (isto é, que alcançasse a todos, independentemente da contribuição para determinado fundo), integralidade, descentralização, regionalização. A grande polêmica foi sobre a “estatização imediata” ou “estatização no processo” da reforma, com vitória desta última. Em suma:

(...) seria possível definir a Reforma Sanitária Brasileira como uma reforma social centrada nos seguintes elementos constituintes: a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) democratização da sociedade alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma ‘totalidade de mudanças’, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, mediante uma reforma intelectual e moral (9) (p. 173).

Segundo Gallo E Nascimento (135), o bloco reformista estava dividido em dois planos: socialistas e socialdemocratas, no plano “particular”, e institucionalistas e societários, no plano singular. A segunda divisão, que ora nos interessa, pressupõe, conforme Fleury (136) duas vertentes básicas no

movimento sanitaria: uma “movimentista”, dividida entre preocupações de resguardar autonomia frente ao Estado e o caminho de “tomada” de nichos estatais para consecução da reforma; Neste caso, a segunda perspectiva, a “institucionalista”, era que defendia esta via como central para efetivação da reforma sanitária. Como destacam Gallo E Nascimento (135), no fim dos anos 80 já se vislumbrava mais claramente certa convergência entre ambas as vertentes.

Pode-se compreender a RSB como uma proposta de reforma radical das políticas de saúde nos marcos de um processo de democratização profunda da sociedade e de afirmação da independência nacional – uma “totalidade de mudanças” com o claro conteúdo de uma revolução democrática que traz consigo o componente nacional. Como parte central da estratégia política, a reforma do aparelho estatal através da ocupação de seus espaços com vistas ao fortalecimento da luta social reformista. A outra “ponta” da estratégia, evidentemente, estava na mobilização popular como forma de pressão para alterações substantivas no caráter do Estado, de modo a torná-lo mais permeável a demandas populares.

6.3 Balanço: entre a ordem e a superação da ordem

Como se viu, o movimento em defesa da reforma sanitária era de tal forma heterogêneo que um juízo categórico sobre seu caráter não é possível. Fruto de uma unidade entre setores populares, trabalhadores assalariados, intelectuais, religiosos progressistas, setores mais ou menos progressistas da burocracia estatal (isto é, os reformistas “autênticos”, por assim dizer, e os “racionalizadores”) e partidos políticos identificados com o fim do regime autocráticos. Seus projetos, evidentemente, diferiam, e a síntese apresentada acima é uma das possíveis. Quer-se chamar atenção aqui, todavia, para o polo dito progressista deste movimento, para o qual a luta pela saúde possuía um caráter subversivo:

Isso equivale dizer que a saúde no capitalismo, tal como a democracia, é subversiva porque se revela inacabada, exige ser completada. Ou seja, a proposta de concretização da ideia de saúde que se tem, a Reforma Sanitária, contém elementos passíveis de se realizar sob o capitalismo e outros factíveis apenas no socialismo (135).

Em outras palavras, o encadeamento necessário para “levar às últimas consequências” o projeto reformista exigiria um conjunto de rupturas com a ordem, segundo estes representantes da tendência “socialista”. Exceto para parcela minoritária da esquerda, o entendimento à época pressupunha uma estratégia política em grande medida semelhante ao núcleo comum do movimento reformista: uma combinação de pressão política popular e reformas institucionais levadas a cabo por políticos e técnicos

progressistas se retroalimentariam, permitindo uma progressiva democratização de Estado e sociedade¹⁶⁵.

Cabe, portanto, uma apreciação desta estratégia à luz das transformações econômicas, sociais e políticas dos anos 70 e 80, tanto no plano geral quanto no plano da *questão* saúde. O chamado modelo brasileiro – um desdobramento da evolução do capitalismo dependente sob o imperialismo total e a hegemonia das transnacionais – sofreu um baque decisivo em 1973, do qual não se recuperaria completamente. A crise desencadeada pelo desarranjo da conjuntura específica da década de 1960, que permitiu uma industrialização na periferia dirigida pelas transnacionais, se apresentou ao Brasil sob a forma de agravamento das crises cíclicas (agora como desequilíbrios na conta corrente – em outros termos, no descontrole da dívida externa), que lançaria o país para a tutela do FMI e da plutocracia financeira internacional. A política econômica indutora de recessão (o esforço de pagamento da dívida diminuiu a capacidade de investimento e disponibilidade de bens de consumo, numa espécie de círculo vicioso) e a potencialização do mal-estar social propiciada pela degradação dos serviços públicos, por conta da poupança para pagamento da dívida completavam o quadro (137). Mais do que garantir os investimentos das transnacionais e a remuneração da banca, o novo mecanismo de dependência reduz ainda mais as possibilidades do país ter controle sobre sua própria economia.

Neste sentido, a hegemonia da burguesia internacional fica ainda mais clara, e o “estrato que simula a hegemonia, por ser interno e ‘nacional’ e por dispor de vínculos orgânicos com o Estado ‘soberano’, luta pelo controle da mudança, mas acaba se submetendo à modernização calibrada e dirigida a partir de fora” (138). Por isso, para Fernandes, o caráter conservador da transição *de fato* encetada pelas classes burguesas é uma continuação da contrarrevolução de 1964, por perpetuar a dupla articulação que caracteriza o capitalismo dependente. Continuação necessária e ao mesmo tempo instável, por que o regime autocrático de 1º de abril falhou em três aspectos: *primeiro*, por não conseguir conduzir uma democracia restrita às transformações necessárias exigidas por seus próprios interesses e das demais classes. Neste sentido, “a ‘paz social’ só foi mantida graças a concessões gradualistas, à combinação grosseira do embuste com repressão ameaçadora”; *segundo*, pelo fato de que a modernização conservadora gerada pela ditadura é incapaz de reproduzir as condições objetivas de sua existência, como demonstrou a “negociação fechada” que caracterizou a transição; *por fim*, as pressões

¹⁶⁵ “Iniciado na segunda metade da década de setenta, após o esmagamento da resistência armada à ditadura militar, a nova fase de reorganização das forças populares baseava-se na formação de organizações de massa, independentes da burguesia, para disputar o espaço institucional. Imaginava-se que, combinando forte pressão 'de baixo para cima' e luta para ocupar espaço nos aparelhos de Estado, os trabalhadores atingiriam progressivas conquistas” (139).

geradas de cima e de baixo desarticularam o edifício autocrático, retirando da camada dominante a liberdade de ultrapassar a conciliação pelo alto, instaurando uma situação de impotência das elites no poder, ainda que mantendo o monopólio político (pp. 63-64). Em suas palavras, a chamada “Nova República” não passaria de uma “república burguesa institucionalizada, uma versão doce” do regime militar.

No entanto, exatamente por ser forçada a encenar o que lhe parecia uma farsa, a burguesia abria um cenário que repunha, em termos gerais, o quadro pré-64. De um lado, sua impotência relativa para conduzir um processo político positivamente identificado com o capitalismo dependente. De outro, a ascensão dos “de baixo” como agentes políticos se choca com tal impotência, uma vez que processos que ameacem abalar o regime de segregação social são uma ameaça à própria ordem.

Sendo assim, a conciliação conservadora ou “mudancismo” são o paradigma em que se discutem as reformas nos marcos do fim do regime. Este processo, para Florestan, não passa de uma “forma democrática da autocracia burguesa”. A democracia, longe ter um “valor universal” imanente¹⁶⁶, tem um recorte histórico e social, que depende de quem é a classe dominante e quem detém o monopólio do poder estatal. O que estava em jogo era a capacidade da burguesia dependente “manter, reproduzir e ampliar sua supremacia social” sobre as classes subalternas. Ainda assim, a situação de descontrole político da primeira metade dos anos 80, “se não existe uma democracia, há um caos fecundo, que tanto poderá favorecer seu aparecimento e consolidação quanto poderá contribuir para uma regressão” (138) (p.31).

O êxito de um processo reformista, isto é, o desencadeamento das potencialidades progressivas contidas neste “caos fecundo”, porém, dependem de uma correlação de forças mais ou menos equilibrada e da capacidade de iniciativa política de ambos os polos em pugna. No entanto,

A reforma, por mais mitigada e arrevesada que seja, só vingará quando a conciliação e os conciliadores se veem inapelavelmente batidos em seus propósitos. A conciliação não gera a reforma como condição prévia para chegar a ela. A derrota dos conservadores e reacionários tira-lhes a capacidade de impedir a reforma, forçando-os a se deslocar no seu campo de luta. Aí, eles passam do conservantismo ao liberalismo, do reacionarismo ao democratismo, construindo suas tocas no terreno dos adversários. E, de lá, trabalham contra as reformas, solapando-as, desfibrando-as e esterilizando-as (138)

¹⁶⁶ Esta controvérsia foi abordada por autores como Coutinho (60), Quartim de Moraes (140) e Boron (24).

Este aparente beco sem saída, no entanto, é desmistificado pelo autor. Para ele, o medo-pânico da burguesia dependente face às necessidades históricas de alargar os marcos da ordem brasileira não exclui a necessidade de profundas mudanças do horizonte histórico da sociedade brasileira. Do contrário, a consolidação de um regime democrático que garanta ampla liberdade para os “de baixo” é pré-condição para um “salto para frente”, em termos do processo de formação nacional. Uma luta pelas reivindicações concretas das classes às quais isso foi sempre negado seria um processo de pedagogia política fundamental para a maturação da classe trabalhadora como agente político *para si*. Sua crítica à “Nova República” se centra no fato de que a miragem democracia gestada pelo regime declinante não pode elidir o caráter autocrático de dominação burguesa. No seu entender, “A hipótese de ajustar a revolução [democrática] a partir de cima à estratégia de sindicatos e partidos operários revolucionários não é conciliável com a era em que vivemos, na qual as burguesias de todo o mundo estão unidas sob a mesma bandeira de uma contrarrevolução preventiva simultaneamente voltada contra o 'inimigo interno' e o 'inimigo externo'” (138) (pp. 89 – 90).

Uma revolução de conteúdo democrático no Brasil, da qual a Reforma Sanitária seria um componente, torna-se, de um lado, impraticável pela classe dominante; de outro lado, sua condução depende de um bloco em lenta maturação política e franca desvantagem naquele momento. Para Fernandes, tratava-se de combater pela “revolução democrática”, desencadeada “dentro da ordem”, mas que, devido ao padrão de dominação burguesa e de luta de classes fundado no monolitismo e no medo-pânico daquela, teria de convergir para um processo de luta social “contra a ordem” (52).

Sob este aspecto, o processo de luta social que se desenhava com o fim da ditadura estava no fio da navalha: a necessidade de impulsionar uma luta democrática radical, que colocasse o Brasil na rota de superação do caráter antidemocrático, antinacional e antissocial de nossa formação histórica, implicaria em um grau de transformação tal que o acúmulo de forças políticas, a magnitude das mudanças sociais, o grau de mudança cultural das forças produtivas necessárias a este projeto que se chocariam com a *estabilidade* mínima requerida por um processo de reforma mais ou menos gradual. Assim, os pressupostos de um processo de RSB mais *gradualista* encontram-se em antagonismo com os parâmetros da sociedade capitalista dependente. De modo mais imediato, outro percurso possível seria uma progressiva, mas não necessariamente desprovida de traumas, adequação do polo radical – e, portanto, mais consequente com a revolução democrática – aos limites da ordem, que poderia domesticar o turbilhão vivido naquele período.

Os dilemas do projeto reformista durante a década de 1980, como os relacionados ao grau de

comprometimento dos quadros do movimento com o aparato estatal; ao escopo das alianças que poderiam fazer avançar o projeto reformista; ao ritmo e a intensidade de *estatização* dos serviços de saúde; ao papel cumprido pela Assembleia Nacional Constituinte; e às possibilidades e limites das quedas de braço com os setores abertos e veladamente contrários à RSB, encontravam-se imersos num ambiente de franco domínio das frações conservadoras, em composição ou não com a oposição consentida dos anos de chumbo. O caráter espúrio desta aliança, cujo expoente máximo foi o *Centrão* da ANC, não é, de modo algum, uma novidade no cenário político nacional; Do contrário, foi este padrão que permitiu que as classes dominantes nacionais permanecessem unidas e mais ou menos coesas desde 1808, passando por 1822, 1831, 1888, 1889, 1930, 1937, 1945, 1954, 1964 até 1985. Seria de estranhar se, por exemplo, o *Centrão* se desintegrasse, por obra e graça da pressão mais ou menos pacífica do polo popular. Mais que o próprio *Príncipe* Tancredi di Falconeri, os setores dominantes brasileiros se mostram, desde sempre, exímios maneja dores da arte de *mudar tudo para manter as coisas iguais*. Não o fazem por temperamento: os limites da dependência e do subdesenvolvimento perpetuam o regime de segregação social e a política em circuito fechado – e terminam por esvaziar o significado das propostas reformistas *consensuadas* com eles.

Nenhuma destas constatações pode esconder a urgência de garantir assistência à saúde para toda a população, de combater fatores estruturais causadores de doenças, como a precária condição de saneamento básico, de subverter o padrão de modernização vigente ou de acabar com a indústria da doença. Para o mal da sociedade brasileira, as bases sociais de defesa consequente deste projeto eram demasiadamente frágeis no período em questão; estavam, por assim dizer, em período gestacional. Estes são males do capitalismo dependente. Com o agravante de que, ao contrário da conjuntura do princípio da década de 1980, o movimento dos trabalhadores sofria a ofensiva da plutocracia financeira e da burguesia como um todo, como viriam demonstrar a bancarrota do bloco soviético, os ataques aos estados de bem-estar social da Europa Ocidental e o conjunto de prescrições denominado *Consenso de Washington*. A eventual falência da Reforma Sanitária Brasileira, em seu sentido profundo, significaria postergar as soluções de nossas necessidades históricas, no que tange à saúde, para um momento em que os problemas gerados pelo capitalismo dependente fatalmente seriam aprofundados. Afinal,

O que a ordem abre ou tolera – por cálculo ou por reação autodefensiva – fecha as vias do tráfego “radical” em termos de reforma ou revolução. Os que se compõem cedem, em troca, a incógnita do que poderiam fazer por meio da radicalização progressiva organizada. (...) Por isso, não existe outra alternativa: ou embarcar na ânsia modernizadora das elites “neoliberais” nativas e estrangeiras, ou romper a estabilidade da ordem para forjar uma Nação e estabelecer círculos de ida e volta entre ela, a sociedade civil e o Estado (141) (pp. 77 – 78).

PARTE III

CAPÍTULO 7
PERSPECTIVA DA SAÚDE NA “NOVA REPÚBLICA”

“Ao contrário do chavão corrente, as burguesias não são, sob o capitalismo dependente e subdesenvolvido, meras ‘burguesias compradoras’ (típicas de situações coloniais e neocoloniais, em sentido específico). Elas detêm um forte poder econômico, social e político, de base e alcance nacionais; possuem o controle da maquinaria do Estado Nacional; e contam com suporte externo para modernizar as formas de socialização, de cooptação, de opressão ou de repressão inerentes à dominação burguesa. Torna-se, assim, muito difícil desloca-las politicamente através de pressões e conflitos mantidos ‘dentro da ordem’; e é quase impraticável usar o espaço político, assegurado pela ordem legal, para fazer explodir as contradições de classe sob as referidas circunstâncias (Florestan Fernandes, A Revolução Burguesa no Brasil).

Pouco importa assim, ao se encetar a análise e a indagação das transformações constituintes da revolução brasileira, saber se elas merecem esta ou aquela designação, e se se encerram nesta ou naquela fórmula ou esquema teórico. O que vale é a determinação de tais transformações, e isto se procurará nos fatos ocorrentes e na dinâmica destes mesmos fatos. (Caio Prado Júnior, A Revolução Brasileira).

Os que falam em 'era da democracia' suavizam a realidade. De fato, há uma revolução que poderá conduzir à democracia, mas uma democracia com vários rostos e diversas vozes, multirracial, multirregional e multiclassista. Essa forma de democracia nunca existiu no Brasil – nem nunca existirá, sob a égide da 'conciliação pelo alto.'(Florestan Fernandes, Nova República?)

A análise da evolução da questão saúde demonstra um quadro contraditório. Por um lado, ela veio no bojo da ampliação da base e dos benefícios do sistema previdenciário, da expansão da rede pública (especialmente municipal e estadual), da incorporação de programas de medidas coletivas que, em maior ou menor grau, puderam esboçar um porvir de sistema de atenção à saúde no Brasil. Por outro, este processo foi esteio da cristalização dos traços constitutivos de uma sociedade dependente e subdesenvolvida, a saber, a mercantilização da vida, a modernização dos padrões de consumo e a segregação social. De toda forma, assim como o Brasil de 1964 é diferente do de 1985, ele também permanece, em linhas gerais, o mesmo.

O padrão de mudança, no que diz respeito aos determinantes mais gerais da saúde, foi sinteticamente exposto no item 2.1. O processo de *transição epidemiológica* concretamente estabelecido no Brasil não foi um correlato do ocorrido nos países centrais. A noção de que o quadro sanitário brasileiro é *polarizado epidemiológica e socialmente* (86) explica de forma precisa as particularidades de uma sociedade que adentra na urbanização e industrialização capitalista sem renunciar às mazelas herdadas do período colonial, como se pode atestar pelos baixíssimos índices absolutos e relativos do crescimento do acesso à água e saneamento. A década de 1980 seria marcada pelo recrudescimento de epidemias de doenças transmitidas por vetores, como a dengue, nos grandes centros urbanos, e a malária, na região amazônica, e da tuberculose, superpostas a um perfil epidemiológico teoricamente

condizente com o grau de urbanização da então sétima maior economia do mundo capitalista. Mesmo naquilo que mudou de forma positiva, como a queda da mortalidade infantil a partir da segunda metade da década de 1970, ainda apresentava padrão inferior à média da América Latina; Em 1985, o CMI brasileiro (por mil nascidos vivos) era de 63,3, muito acima dos países mais industrializados do continente, como México – 47, ou Argentina - 32,2, e acima de Cuba - 17, Costa Rica -19,2, Colômbia - 48,4, Chile - 23,7, Paraguai - 48,9, e média do continente - 57,3 (142). O passado continuava cobra o seu preço.

As mudanças também foram, como se viu, bastante expressivas no *modo de produção dos serviços de saúde*. A dispersão administrativa e organizativa deu origem a uma progressiva unificação dos serviços. Do lado previdenciário, a fusão dos IAPs no INPS, além da crescente importância do MS, de estados e municípios na prestação de serviços, foram os processos que vieram desembocar nas AIS em 1984, tidas como *estratégia-ponte* para o futuro SUS (9). Sem querer corroborar uma visão mistificadora do problema da centralização, parece que sem ele as dificuldades em disseminar serviços de saúde pelo Brasil teriam sido maiores. Isto não isenta o modelo ultracentralizado de todas as críticas elencadas, em especial no que diz respeito às inadequações do modelo assistencial às particularidades das necessidades locais de saúde. São heranças que ainda se fazem sentir até hoje.

O processo de unificação também veio colado na necessidade de *expansão de cobertura* como eixo da política social do regime. Como se viu, a Previdência Social, despojada de seu conteúdo mobilizador político do proletariado emergente para *o interior da ordem*, não se furtou de desempenhar papéis que remontam à política do primeiro Vargas. De um lado, cumpriu seus objetivos de identificar as classes assalariadas com a ordem, ao garantir uma política de concessão de benefícios. Por outro lado, a unificação previdenciária criou um dos maiores fundos públicos da história brasileira. É importante ressaltar que estes recursos, majoritariamente aportados pela renda do trabalho, foram em grande medida direcionados para os grandes negócios da saúde ou de infraestrutura propugnados pelo regime. Uma conclusão é que a assistência previdenciária expandida não deixa de ser uma *cobertura expandida e ao mesmo tempo restrita*, em especial no que diz respeito à saúde – em outros termos, uma “*massificação de privilégios*” (106).

Como correlato à expansão da assistência previdenciária, mas sob já sob as bases das influências da transplantação de valores, técnicas e instituições vindos de fora (das agências internacionais e dos sistemas beveridgeanos), mas também fruto da ação política do movimento reformista, houve a expansão da assistência executada pelo PIASS e pelo movimento municipalista. Realizada geralmente

em locais onde o modelo previdenciário de negócios não existia ou existia de forma embrionária, ela significou ao mesmo tempo elementos de um processo de mudança e um impasse deste, uma vez que o centro do sistema e seu traço fundamental – a lógica dos negócios – não foram abalados. Neste sentido, se a expansão assistencial, que viria a culminar em nosso período com as AIS, pode alimentar o ensejo reformista, ela também representou a persistência, em novas bases, do desenvolvimento desigual e combinado do sistema de saúde brasileiro.

Do ponto de vista da assistência à saúde, o quadro anterior a 1º de abril de 1964 era, sem dúvida, de *pequenos negócios*. Se houve divergências entre os autores no que diz respeito ao caráter da assistência individual à saúde, isto não ocorreu quanto ao ritmo de crescimento do setor a partir de fins da década de 1950, e mais especialmente após a criação do INPS. O surgimento de *empresas médicas*, ou, mais precisamente, do empresariamento do setor de prestação de assistência à saúde, foi um dos aspectos mais relevantes do período. A cristalização e o aprofundamento do modelo de financiamento público de grandes hospitais e da assistência ambulatorial centrada em procedimentos de alta tecnologia compõem um cenário em que, para além da dicotomia estatismo/privatismo, a lógica preponderante foi a de extenso desenvolvimento do capital na prestação de serviços incentivada pelo Estado. Esta associação pode ser considerada uma necessidade orgânica do setor sob o capitalismo dependente, dadas as grandes dificuldades que o capital sediado no Brasil encontra para expandir-se com força própria. Esta fragilidade intrínseca da burguesia brasileira nunca a impediu, porém, de fazer *grandes negócios* estimulados pelo Estado, como pode atestar, em nosso período, o modelo de compra de serviços, a política de financiamento instituída pelo FAS ou os crescentes instrumentos de renúncia fiscal com que o setor empresarial passaria a contar.

A entrada das empresas transnacionais farmacêuticas e de equipamentos em ritmo exponencial a partir de 1964 transformou o padrão de consumo destes bens. Se o patamar pré-ditatorial poderia ser considerado incipiente, o processo de modernização dos padrões de consumo atingiu estágios alarmantes, seja no que diz respeito aos crescentes custos, que concorreram para a crise do sistema no início da década de 1980, seja no que diz respeito aos malefícios da comercialização de fármacos ineficazes, como atestou a CPI do Consumidor finalizada em 1977. A incapacidade de a sociedade nacional controlar o processo de modernização, como se viu na frustrada experiência da CEME, ressalta o impasse do processo de industrialização brasileiro: ele não consegue, ao mesmo tempo, participar da ordem capitalista internacional e dinamizar um mercado interno baseado nas necessidades de consumo do conjunto do povo. Não se trata, porém, de pregar uma demonização da modernização ou negação das

técnicas modernas. Trata-se, como afirma Hadler (43), de “distinguir entre a modernização, que está fundamentada em determinadas necessidades sociais das elites aculturadas da periferia, em descompasso com as possibilidades materiais do capitalismo dependente, e o progresso técnico em si mesmo, como fonte dos meios e da técnica que podem servir ao desenvolvimento” (p. 193). A discussão sobre os impactos da disseminação do uso de leite artificial nos primeiros meses de vida, da generalização de vacinas e melhora do fornecimento de água procurou ilustrar o debate apresentado sobre o caráter antissocial do padrão de modernização brasileiro.

Por fim, dentre as mudanças ocorridas, a demolição do Estado “populista”, em detrimento da construção de uma ordem autocrática deve ser vista nos termos de continuidade e de ruptura. Para Florestan Fernandes, o golpe de 1964 pôs a nu o fato de a democracia populista não ser mais do que uma forma espúria de *democracia restrita*. A autocracia de 1964 não apenas encarnou o essencial do monopólio do poder político burguês, como cristalizou as opções da burguesia brasileira pela inserção subordinada na ordem do *imperialismo total*: a preservação dos mecanismos e das formas democráticas (como o parlamento, a Justiça, as eleições) é permitida apenas aos de cima, e, ainda assim, são esvaziadas de seu conteúdo quando a ordem encontra-se sob perigo. Estes são os privilégios de uma classe que negocia os termos de sua dependência frente às potências centrais (31). O caráter longo e bem articulado da transição e do caráter do retorno à “normalidade democrática”, em que as estruturas estatais foram sendo lenta e apenas parcialmente abertas à participação de elementos não identificados com o regime, conseguiu demonstrar que, mesmo em um cenário de ebulição social, a burguesia brasileira é campeã do monolitismo político.

O cenário de mudanças não pode ser compreendido sem os elementos conservados. Do ponto de vista ao acesso aos serviços de saúde, a presença de grandes diferenças que perpassou toda a história progressiva se manteve, ainda que em novas bases. As novas modalidades assistenciais baseadas no setor empresarial da prestação de serviços já se apresentavam, desde antes do golpe, com grandes assimetrias, caracterizando a *segmentação* que viria a se desenvolver durante a ditadura em escala sem precedentes. A unificação dos benefícios através da criação do INPS foi feita nivelando-os por baixo, e abrindo um flanco, depois muito bem explorado pelos empresários, de segmentos sociais com maiores possibilidades de consumo de bens de saúde. Ao mesmo tempo, a expansão dos serviços previdenciários teve como um de seus pilares a perpetuação desta segmentação, que se tornaria mais gritante com a crise de princípios dos 80, quando houve o descredenciamento em massa de prestadores de serviço e a migração de vastos contingentes das camadas médias e dos setores mais organizados da classe

trabalhadora para o mercado de saúde privada. Cenário que, de um lado manteve características antigas, delineou, no geral, as características presentes do sistema de saúde brasileiro.

Na conjuntura de crise, quando o fluxo de recursos públicos ficou estagnado, uma dupla saída foi encontrada para manter intocada a lógica dos negócios. De um lado, a relativa autonomização do setor privado de assistência, que passa a não depender mais do financiamento estatal direto (embora conte com incentivos indiretos de naturezas diversas), que passa a crescer a partir da década de 1980 após mudanças legislativas que potencializaram a expansão deste filão do mercado. De outro lado, a generalização da assistência estatal para o segmento tradicionalmente excluído das políticas regulares de saúde foi feita, desde o começo, sob uma conjuntura de restrições fiscais severas que viriam a cristalizar um *novo padrão de segmentação*, embora, como lembra Lígia Bahia (92), “a existência de um significativo contingente de pessoas vinculadas a sistemas alternativos de saúde privados de saúde, desde a década de 40, é um acontecimento facilmente reconhecível” (p. 57). A novidade reside na escala e qualidade inéditas dos negócios, bem como num *novo padrão de manifestação da segregação social* na saúde.

Além das profundas assimetrias sociais, outro traço da *heterogeneidade estrutural* que caracteriza a formação social brasileira, as *desigualdades regionais*, foi mantido. As diferenças gritantes entre grandes e pequenas cidades, entre cidade e campo e entre regiões ricas e pobres, no que diz respeito à distribuição da força de trabalho, capacidade instalada da rede hospitalar e ambulatorial, densidade tecnológica, distribuição do mercado de planos e seguros privados, atestam de forma eloquente aquela afirmação.

Um cenário permeado pela segregação social não poderia deixar de ter como correlato a focalização dos programas. A luta empreendida pelos setores empresariais da saúde e pela ala neoliberal do movimento médico forçou que a integração e a expansão dos serviços de saúde não atingissem as joias da coroa, como os leitos hospitalares e, em certa medida, os procedimentos lucrativos com alta incorporação tecnológica. A existência de experiências como os municípios modelares, de programas exitosos (como o programa de imunizações), as ações direcionadas à redução da mortalidade infantil e mesmo a própria integração assistencial expressaram a cristalização das bases do *modo de produção neoliberal de serviços de saúde*, embora tenham sido, ao mesmo tempo, bases do processo de Reforma Sanitária.

Tida como uma das apostas inovadoras das propostas reformistas, as propostas de *participação popular* precisaram conviver com uma herança pesada e de difícil superação. Se de um lado, poderiam

significar uma mudança na relação das classes populares com o aparato estatal, de outro lado as experiências da abertura de canais para cooptação do período populista estavam presentes na cultura política brasileira. Os impasses vividos desde o PMC, que enfrentou o clientelismo arraigado na região, não constituíam uma exceção. As ricas possibilidades abertas pelos movimentos em luta pela saúde das décadas de 70-80 se subjetivam em estruturas ancoradas no passado. Neste sentido, o papel do sistema de saúde como *legitimador* da ordem não deve jamais ser subestimado, seja por seu papel de fortalecer o clientelismo, seja por, neste caso, comprometer importantes setores do movimento social com o Estado. A generalização restritiva dos serviços de saúde pode ser encarada como uma versão ampliada da *medicalização dos conflitos sociais*. O que foi visto por muitos como uma conquista poderia se tornar mais um mecanismo de cooptação da vontade popular transformadora, conforme as advertências que remontavam à época do PMC, embora portadora de possibilidades de mudança.

De uma forma geral, o sentido da mudança da questão da saúde no período é semelhante para o conjunto da questão social. Netto (143) analisa as mudanças ocorridas no Serviço Social durante a ditadura sob a ótica da questão social e da inserção desta profissão durante o regime autocrático burguês – uma modernização sob a égide do capitalismo dependente. Discutindo o padrão de modernização da universidade brasileira, Minto (58) afirma que esta não consistiu em um “modelo inacabado”, que deveria ser completado com uma reforma universitária, mas era a forma possível de ensino superior em um país periférico e dependente (pp. 226-227). Neste sentido, como lembrou este autor, Florestan Fernandes alertava para o risco que a universidade brasileira dos anos 70 corria, caso não se modificasse de acordo com as necessidades da sociedade brasileira, de se tornar um “rebento moderno de estruturas arcaicas”. Este raciocínio poderia ser perfeitamente aplicado ao sistema de saúde brasileiro.

Sob os aspectos estudados aqui, a saber, a modernização e a generalização dos negócios na saúde, ambos perpetuando e aprofundando o regime de segregação social vigente, o projeto da RSB, ou ao menos sua versão mais consequente – apresenta, em minha opinião, um diagnóstico compatível com as tarefas históricas urgentes a serem enfrentadas: Superar a lógica da modernização de caráter antinacional e antipopular requer a superação dos marcos de uma economia dominada pelas transnacionais; De outro lado, a conquista da saúde como um *direito* exige a ruptura com a lógica de negócios predominante. Afinal, não são outras as razões da segregação social que parece eternizar-se a cada ciclo de modernização e crise por que passa regularmente a sociedade brasileira.

Portanto, se de um lado o projeto da reforma sanitária se confronta com as premissas da ordem capitalista dependente, enquadrando-se nos marcos das necessidades históricas e democráticas

brasileiras, por outro lado, ao identificar-se, ao menos com aspectos parciais da reatualização da ordem sob o nome de *Nova República*, a luta reformista passa a vivenciar o dilema *acirramento* versus *cooptação*. No caso da saúde, a cristalização de um modelo privatista *de novo tipo*, com novas práticas de promiscuidade com o aparelho estatal combinadas àquelas que atingiram seu ápice no governo ditatorial, surge ao mesmo tempo em que a proposta da RSB e impõe a ela a possibilidade de uma dupla derrota: *primeiro*, ao impulsionar um processo reformista já restringido pela recomposição do capital e com respaldo popular incipiente. Já se vivia a reposição da hegemonia da saúde privatizada como paradigma, seja positivamente (objeto de desejo de frações assalariadas), seja negativamente (com a repetição do bordão de que saúde pública é necessariamente precária); *segundo*, ao aprofundar o compromisso, em maior ou menor grau, de parcela expressiva dos segmentos reformistas (os que agem no aparelho estatal) com um pacto social gestado sob tutela militar, realizado sob plena hegemonia da burguesia e sem frestas para a *democratização progressiva* das estruturas estatais sob a ordem.

A nova dependência decreta a compressão das margens financeiras necessárias a um aparelho social *universal* ou *de bem-estar*, diante do desejo insaciável da banca por frações crescentes da renda nacional. No caso da saúde, este quadro é agravado pela vulnerabilidade do sistema de atenção aos imperativos da modernização dirigida pelas transnacionais e fonte potencial de diversos choques, dada a instabilidade e o caráter cíclico da economia brasileira. O padrão de modernização adotado seria um arsenal imbatível contra os proponentes da reforma, uma vez que o ritmo de incorporação do progresso técnico torna-se de difícil controle, sob o arranjo de poder que aflorou na Nova República.

Posto desta maneira, o que se quer destacar é que a Reforma Sanitária Brasileira encontrou desde cedo a sua encruzilhada: organizar uma estratégia política para enfrentar os bloqueios estruturais à construção da saúde como um direito requeria interpretá-los como *contingência* ou *necessidade* da sociedade dependente. Em outras palavras: no primeiro caso, o processo reformista teria condições objetivas e subjetivas para cumprir sua missão, uma vez que não haveria uma relação de determinação necessária com o passado colonial, a subordinação externa e a segregação social. No segundo caso, o capitalismo dependente seria absolutamente incompatível com a reforma social preconizada pelo movimento da RSB, e o movimento reformista, para ser consequente com seu próprio projeto, precisa estar organicamente vinculado à superação da ordem.

É por esta razão que os predicados do sistema de atenção à saúde – segregado, privatizado e modernizante – aqui vistos não encontram paralelo com um Estado de Bem-Estar Social. Mesmo para uma autora que afirma a existência deste no Brasil, sua concepção de *Welfare State* é contraditória com

esta tese: “define-se o núcleo duro da intervenção social do Estado; arma-se o aparelho centralizado que suporta tal intervenção; são identificados os fundos e recursos que apoiarão financeiramente os esquemas de políticas sociais; definem-se os princípios e mecanismos de operação e, finalmente, as regras de inclusão/exclusão social que marcam definitivamente o sistema” (59). Esta mesma autora, ao afirmar que “O sentido das políticas sociais dependeria de correlações de forças e condições de luta política determinadas” (citada em 144), expõe as fragilidades da construção de um possível estado de bem estar social em uma correlação de forças sociais extremamente assimétrica.

Exatamente pelo imperialismo total ser capaz de organizar a ordem social “desde o controle de natalidade, a comunicação de massa e o consumo de massa, até a educação, a transplantação maciça de tecnologia ou de instituições sociais, a modernização da infra e superestrutura” (44), o fato aparente da transplantação de instituições, técnicas e valores embutidos em aspectos formais *beveridgeanos* ou *bismarckianos* que pudessem influenciar nosso sistema de saúde não deve esconder duas coisas: primeiro, este processo ocorre sob o capitalismo dependente e para a reprodução do capitalismo dependente, e, portanto, não pode, *per se*, escapar à sua lógica hegemônica; segundo, as mudanças no sistema capitalista mundial impõem uma nova lógica de organização das práticas de saúde. Ao modelo brasileiro gestado na ditadura viria se somar uma política econômica de ajuste fiscal perpétuo e uma *corruptela de americanização* (nas palavras do professor Nelson Rodrigues dos Santos) do sistema de saúde.

A constatação de que inexistem bases objetivas e subjetivas de compatibilizar capitalismo, soberania nacional e democracia na transição para a “Nova República” recoloca a questão da formação nacional para fora dos marcos da ordem. Neste sentido, compreendo que o entendimento mais ou menos consensual de uma estratégia de luta centrada no acúmulo de forças no interior do aparelho estatal deve ter fragilizado – e mesmo comprometido decisivamente – as possibilidades radicalmente emancipatórias do movimento pelo direito à saúde. A debilidade da “via sócio-comunitária” da RSB após a década de 80, apontada por Paim (9), é uma evidência desta conclusão.

Aparentemente, a situação é uma sinuca de bico. As possibilidades de mudança do quadro da saúde dependeriam de bases muito frágeis. Sim e não. De um lado, o padrão de luta de classes no Brasil calcado na enorme assimetria entre capital e trabalho, bem como em tremendas dificuldades na constituição da classe trabalhadora como agente político autônomo e portadora de um projeto próprio, de fato é o maior empecilho a um processo de revolução democrática. Por outro lado, o capitalismo dependente, ao acelerar as transformações econômicas, ao mesmo tempo em que congela a história, não

faz mais do que aprofundar a fratura social brasileira. Na medida em que a solução dos problemas concretos do povo brasileiro é postergada *ad infinitum*, eles sempre reaparecem “atualizados”, de acordo com as transformações vividas pelo país. Aparentemente, os de baixo, no Brasil, facilmente acostumaram-se a viver naquilo que Florestan Fernandes chamou de *mínimos políticos*, duramente conseguidos, facilmente arrebatados pelos de cima. Nada mais falso.

A inexistência de exemplos em nossa história em que a ação organizada dos de baixo pudesse ter sido capaz de por fim ao monolitismo dos de cima não deve apagar da memória duas coisas: em primeiro lugar, a despeito das terríveis condições em que o conflito social se dá no Brasil, ele existe e persiste desde a primeira flecha disparada contra o colonizador português, e o pânico de nossa classe dominante frente à luta política dos de baixo é prova disso; em segundo lugar, os processos sociais que engendram mudanças profundas parecem impossíveis até que se tornem inevitáveis, como no famoso adágio. Sendo assim, a advertência feita em 1985, aparentemente frustrada, ainda permanece extremamente atual:

Os oprimidos, em geral, e as classes trabalhadoras, em particular, procuram desprender-se da tutela paternalista dos 'conservadores' e tentam imprimir à sociedade civil e ao Estado uma forma autenticamente democrática. (...) As classes trabalhadoras e a massa de oprimidos não são advogados ex officio da 'democracia burguesa', repudiada pelos próprios genitores. São agentes de uma revolução social que começa sob a compulsão vigorosa do contra-ataque vitorioso da mais recente 'conciliação conservadora'. Por isso, devem medir cuidadosamente meios e fins, para não serem deslocados de novo, seja pela via tortuosa do 'populismo', seja pelo imprevisto de uma repetição do 'golpe dentro do golpe' (138) (pp. 85 – 86)

Este trabalho teve dificuldades de algumas ordens. Em primeiro lugar, uma extensa pesquisa documental, como é pressuposto de um estudo desta natureza, foi dificultado pelas limitações de tempo e pela exiguidade de dados estatísticos e de bibliografia, além de documentos oficiais, etc., nas bases de dados disponíveis para pesquisa. Os prazos para pesquisa tem se tornado inimigos de estudos de maior fôlego no Brasil.

Em outro sentido, a dimensão pretendida por este trabalho, de realizar uma pesquisa *histórica* e *teórica* sobre a formação do sistema de saúde brasileiro a partir da ótica da formação necessária de um amadurecimento teórico maior. Este pesquisador se sentiu fragilizado em ao menos dois aspectos:

primeiro, para encontrar, dentro da tradição teórica escolhida como referencial, mais estudos e com maior grau de detalhamento sobre a formação do Estado Nacional. Estes poderiam, sem dúvida, ampliar o potencial de análise e as implicações da pesquisa.

Em segundo lugar, um estudo mais consolidado sobre a teoria da reforma sanitária seria sem dúvida fundamental para confrontar os achados históricos. Afinal, a própria gênese da saúde coletiva como campo de conhecimento, no Brasil, está intimamente ligada à articulação do movimento reformista. A leitura dos clássicos e, mais além, das fontes em que beberam todos e todas que ousaram sonhar com a mudança deste padrão antissocial de saúde que ora era vigente, poderiam ter dado mais consistência a esta crítica do modelo brasileiro gerado pelo regime de 64.

Os objetivos originais, de compreender as bases restritas do sistema de saúde brasileiro, no entanto, puderam ser, no geral, cumpridos. No entanto, conforme o exposto acima, este processo de pesquisa abriu novas indagações, para trabalhos futuros. Diversos estudos (9,13,145,146) procuraram e tem procurado realizar balanços sobre a RSB e suas implicações para o curso posterior das mudanças na questão da saúde, dentre as quais a mais marcante foi sem dúvida a criação do SUS. A visão rascunhada no final do segundo capítulo representa, para este pesquisador, uma perspectiva intrigante de continuidade dos estudos.

Outras pesquisas tem procurado entender os bloqueios estruturais à consolidação do SUS de acordo com suas premissas de *revolução democrática radical*. No campo do financiamento, Mendes (147) e Ocké-Reis (108) tem apresentado contribuições que demonstram ser o subfinanciamento um óbice estrutural ao nosso sistema de saúde. No âmbito da expansão da saúde privada, os diversos trabalhos de Lígia Bahia aqui citados são exemplos de como o negócio da saúde continua impedindo a generalização da saúde como direito. Diversos pesquisadores se interessam pelo mercado de trabalho em saúde, que em grande medida continua sendo um dos desafios a serem superados na constituição do SUS. Um trabalho que pudesse dar uma *interpretação* que unificasse estas diversas pesquisas sob a perspectiva da formação também seria um desafio estimulante.

A despeito de todas as dificuldades passadas e desafios presentes, o que continua animando as diversas gerações de estudiosos e lutadores inconformados com o cenário sanitário brasileiro é a perspectiva de transformá-lo. Sem esquecer as possibilidades e os limites de nossa realidade social, como o velho Graça, nosso Graciliano Ramos, que mesmo maravilhado com a beleza de Paris, respondeu à esposa querer viver mesmo na terra natal:

- Em qualquer desses lugares, não importa, desde que seja em Alagoas. Tudo isto aqui é muito

grande, muito bonito, muito desenvolvido, mas é deles. Eles levaram séculos para construir. Nós ainda estamos engatinhando, mas um dia chegaremos lá.

BIBLIOGRAFIA

1. Bahia L. O Mercado de Saúde e o Desenvolvimento do Brasil. In: Seminário Saúde, Cidadania e Desenvolvimento, 2012. Rio de Janeiro: Centro Celso Furtado
2. Organización Panamericana de Salud. Salud en las Americas. Washington: OPAS, 2012
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD). Brasília: IBGE, 2009
4. Carneiro F F, Pignati W, Rigotto, R M, Augusto L G S, Rizollo, A, Muller N M; Alexandre, V P. Friedrich, K; Mello, M S C. Dossiê ABRASCO – Um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro, ABRASCO, 2012
5. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet. 2012, Apr; 377 (9770): 1778 – 1797
6. Oliveira JAA, Teixeira SMF. (Im)previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, ABRASCO, 1985
7. Escorel S. Reviravolta da saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999
8. Gerschman S. A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004
9. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica . Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008
10. Brasil. Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986
11. Mendes EV. As políticas de saúde no Brasil dos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal In: Mendes EV (Org.). Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999
12. Campos GWS. A Reforma da Reforma: Repensando a Saúde (1992). 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 1997
13. Campos GWS. O debate necessário à construção de uma teoria sobre a Reforma Sanitária (1989). In: Fleury S, Bahia L, Amarante P. (Org.) Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária. Rio de Janeiro: Cebes, 2008
14. Andreazzi MFS. (2002) TEIAS E TRAMAS: RELAÇÕES PÚBLICO-PRIVADAS NO

- SETOR SAÚDE BRASILEIRO DOS ANOS 90 [Tese – Doutorado em Saúde Coletiva].
Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006
15. Campos GWS. Reforma Política e Sanitária: A sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência e Saúde Coletiva* Abr. 2007, 12(2): 301-306
 16. Ocké-Reis CO, Sophia DC. Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.33, n.81, jan./abr. 2009, p.72-79
 17. Bahia L. O SUS e os Desafios da Universalização do Direito à Saúde. In Lima NT, Gerschman S, Edler FC (Org.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005
 18. Santos NR. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.33, n.81, jan./abr. 2009, p.13-26
 19. Gentile de Mello, C. *Saúde e assistência médica no Brasil*. São Paulo: CEBES/Hucitec, 1977
 20. Sampaio Júnior PSA. *Entre a nação e a barbárie: os dilemas do capitalismo dependente em Caio Prado, Florestan Fernandes e Celso Furtado*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999
 21. Marx K, Engels F. *A Ideologia Alemã (1933)*. São Paulo: Boitempo, 2007
 22. Marx K. *Introdução à Crítica da Economia Política (1857)*. In Karl Marx *Coleção Os Economistas*. São Paulo: Abril Cultural, 1982
 23. Marx K. *O Dezoito Brumário de Luís Bonaparte (1851)* In Karl Marx e Friedrich Engels *Obras Escolhidas*. São Paulo: Alfa-Ômega, sem data
 24. Boron A. *Filosofia Política e crítica da sociedade burguesa: o legado teórico de Karl Marx* In Boron A (org.) *Filosofia Política Moderna: de Hobbes a Marx*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO; San Pablo: Depto. De Ciência Política – FFLCH – Universidade de São Paulo, 2006
 25. Bottomore T *Dicionário do Pensamento Marxista – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988*
 26. Marx K, Engels F. *O Manifesto Comunista (1848)* in Karl Marx e Friedrich Engels *Obras Escolhidas*. São Paulo: Alfa-Ômega, sem data
 27. Prado Júnior, C. *A Revolução Brasileira (1966)*. São Paulo: Brasiliense, 1987

28. Trotsky L. História da Revolução Russa (1930). São Paulo: José Luís e Rosa Sundermann, 2007, Tomo I
29. Lenin VI. Sobre el Derecho de las Naciones a la Autodeterminación (1914) In V.I.Lênin Obras Escogidas em tres tomos Tomo I – Moscú: Editorial Progreso, 1961
30. Ianni O. A Ideia de Brasil Moderno (1992). São Paulo: Brasiliense, 2004
31. Fernandes F. A Revolução Burguesa no Brasil – ensaio de interpretação sociológica (1975). 5ª edição. São Paulo: Globo, 2006
32. Fernandes F. Sociedade de Classes e Subdesenvolvimento. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1968
33. Furtado C. Pequena Introdução ao Desenvolvimento.- São Paulo: Editora Nacional, 1980
34. Sampaio Júnior, PSA. O impasse da formação nacional. IN Fiori JL (ORG.) Estados e moedas no desenvolvimento das nações. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999
35. Furtado C. Análise do “modelo” brasileiro. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1972
36. Hadler JPTC. O ponto crucial está na crítica. Mimeo
37. Iamamoto MV. Serviço Social em Tempos de Capital Fetiche: Capital Financeiro, Trabalho e Questão Social. São Paulo: Cortez, 2007
38. Rosen G. Uma História da Saúde Pública (1954). São Paulo: UNESP e Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994
39. Braga JC, De Paula SG. Saúde e Previdência: Estudos de política social (1980) 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 1986
40. Arouca S. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e a crítica da Medicina Preventiva (1975). São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003
41. Donnangelo MCF. Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975
42. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de Saúde: processo de trabalho e necessidades. Cadernos CEFOR série Textos 1. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 1992
43. Hadler JPTC. Dependência e Subdesenvolvimento: A transnacionalização do capital e a crise do desenvolvimento nacional em Celso Furtado. São Paulo: Alameda, 2012
44. Fernandes F. Capitalismo Dependente e Classes Sociais na América Latina (1973). 4ª

- edição. São Paulo: Global, 2009
45. Fernandes F. Em busca do socialismo. São Paulo: Xamã, 1995
 46. Fernandes F. Poder e Contrapoder na América Latina. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981
 47. Dreifuss RA. 1964: A conquista do Estado: Ação Política, Poder e Golpe de Classe. Petrópolis, RJ: Vozes, 1981
 48. Prado Júnior C. História Econômica do Brasil (1945). São Paulo: Brasiliense, 1986
 49. Prado Júnior C. Perspectivas em 1977. IN A Revolução Brasileira (1966). São Paulo: Brasiliense, 1987
 50. Furtado C. O mito do desenvolvimento econômico. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974
 51. Furtado C. O Brasil pós “Milagre” – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984
 52. Fernandes F. O que é Revolução (1981). In: Clássicos sobre a revolução brasileira. São Paulo: Expressão Popular, 2000
 53. Ianni O. Estado e Planejamento Econômico no Brasil (1930 – 1970). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1971
 54. Fagnani E. Política Social no Brasil (1964 – 2002): entre a cidadania e a caridade 601f. [Tese - Doutorado em Ciências Econômicas] Instituto de Economia, Unicamp, Campinas, 2005
 55. Oliveira FA. Crise do Sistema Fiscal Brasileiro 1965 – 1983 303f. [Tese - Doutorado, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Unicamp, Campinas, 1985
 56. Pochmann M. Políticas do Trabalho e de garantias de renda no Capitalismo em Mudança. [Tese - Doutorado em Ciências Econômicas] Instituto de Economia, Unicamp, Campinas, 1993
 57. Bravo MI. Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais (1996). 4a edição. São Paulo: Cortez, 2011
 58. Minto LW. A Educação da “miséria”: particularidade capitalista e educação superior no Brasil. [Tese – Doutorado] Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, 2011
 59. Draibe S. O Welfare State no Brasil: Características e Perspectivas. NEPP Cadernos de Pesquisa n. 8. Campinas, 1993
 60. Coutinho CN. A democracia como valor universal. São Paulo, Editora Ciências Humanas,

1980

61. Chasin J. A miséria brasileira: 1964 -1994 – do golpe militar à crise social. Santo André (SP): Edições Ad Hominen, 2000
62. Escorel S, Teixeira LA. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao Desenvolvimentismo Populista. IN Giovanella, L (org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008
63. Scliar M. Do mágico ao social: trajetória da saúde pública. São Paulo, Editora SENAC: 2005
64. Magalhães da Silveira M. Política de Saúde no Brasil nos últimos 50 anos (1979). In Silva RS, De Morell MGG (Org.) Política Nacional de Saúde pública – a trindade desvelada: economia – saúde – população. Rio de Janeiro: Revan, 2005
65. Lima NT, Fonseca CMO, Hochman G. A Saúde da Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica. In Lima NT, Gerschman, S; Edler FC (Org.) Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005
66. Mello GA. Revisão do Pensamento Sanitário com foco no Centro de Saúde. [Tese – Doutorado em Ciências] Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, 2010
67. Campos AL. Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas: O Serviço Especial de Saúde Pública, 1942 – 1960. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
68. Cordeiro H. As Empresas Médicas: as transformações capitalistas da prática médica. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984
69. Campos AL. Cooperação internacional em saúde: o Serviço Especial de Saúde Pública e seu programa de enfermagem Ciência & Saúde Coletiva. 2008: 13(3) 878-888
70. Malloy JM. A política de Previdência Social no Brasil (1979). Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986
71. Cohn A. Previdência Social e processo político no Brasil. São Paulo: Moderna, 1981
72. Giffoni RM. Assistência médica e as relações de trabalho na empresa: o modelo de convênio com a Previdência Social. [Dissertação de Mestrado]. Universidade de São Paulo, 1981
73. Escorel S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do Golpe Militar à Reforma Sanitária. IN Giovanella L (org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil – Rio

- de Janeiro: FIOCRUZ, 2008
74. Brasil. Relatório da III Conferência Nacional de Saúde, 1963
 75. Patarra NL. Mudanças na dinâmica demográfica In Monteiro CA (ORG.) Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil – A Evolução do País e de suas Doenças. São Paulo: Hucitec/NUPENS/USP, 1995
 76. Mondini L, Monteiro CA. Mudanças no Padrão de Alimentação In Monteiro CA (ORG.) Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil – A Evolução do País e de suas Doenças – São Paulo: Hucitec/NUPENS/USP, 1995
 77. Monteiro CA, Mondini L, Souza ALM, Popkin BM. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil In Monteiro, CA (ORG.) Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil – A Evolução do País e de suas Doenças – São Paulo: Hucitec/NUPENS/USP, 1995
 78. Lotufo PA, Lolio CA. Tendências de evolução da mortalidade por doenças cardiovasculares: o caso do estado de São Paulo In Monteiro, CA (ORG.) Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil – A Evolução do País e de suas Doenças – São Paulo: Hucitec/NUPENS/USP, 1995
 79. Fonseca LAM. Evolução das doenças neoplásicas In Monteiro, CA (ORG.) Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil – A Evolução do País e de suas Doenças – São Paulo: Hucitec/NUPENS/USP, 1995
 80. Waldman EA, Silva LJ, Monteiro CA. Trajetória das doenças transmissíveis: da eliminação da poliomielite à reintrodução da cólera In Monteiro, CA (ORG.) Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil – A Evolução do País e de suas Doenças – São Paulo: Hucitec/NUPENS/USP, 1995
 81. Araújo JD. Polarização Epidemiológica no Brasil Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 21(4):533-538, out-dez 2012 (republicação)
 82. Camargo ABM, Ortiz LP, Fonseca LAM. Evolução da mortalidade por acidentes e violências em áreas metropolitanas In Monteiro, CA (ORG.) Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil – A Evolução do País e de suas Doenças – São Paulo: Hucitec/NUPENS/USP, 1995
 83. Wunsch Filho V. Variações e tendências na morbimortalidade dos trabalhadores In Monteiro, CA (ORG.) Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil – A Evolução do País e

- de suas Doenças – São Paulo: Hucitec/NUPENS/USP, 1995
84. Zuñiga HPP, Monteiro CA. Uma nova hipótese para a ascensão da mortalidade infantil de São Paulo nos anos 60 In Monteiro, CA (ORG.) Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil – A Evolução do País e de suas Doenças – São Paulo: Hucitec/NUPENS/USP, 1995
 85. Monteiro CA, Nazário CL. Declínio da mortalidade infantil e equidade social: o caso da cidade de São Paulo entre 1973 e 1993 In Monteiro, CA (ORG.) Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil – A Evolução do País e de suas Doenças – São Paulo: Hucitec/NUPENS/USP, 1995
 86. Barreto ML, Carmo EH, Noronha CV, Neves RBB, Alves PC. Mudanças dos padrões de morbi-mortalidade: uma revisão crítica das abordagens metodológicas Physis – Revista de Saúde Coletiva Vol.3 número 1, 1993
 87. Prado Júnior C. História e Desenvolvimento: A contribuição da Historiografia para a teoria e a prática do desenvolvimento brasileiro (1972). São Paulo: Brasiliense, 1999
 88. De Seta MH. A construção do sistema nacional de vigilância sanitária: uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do federalismo. [Tese – Doutorado em Saúde Coletiva]. Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 2007
 89. Médici AC. Crise Econômica e Políticas sociais: a questão da saúde no Brasil. [Tese Mestrado], Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, 1988
 90. Médici AC. O setor privado prestador de serviços no Brasil: dimensão, estrutura e financiamento. Rio de Janeiro: ENCE/IBGE, 1990 (mimeo)
 91. Andreazzi MFS. O Seguro Saúde Privado no Brasil. [Tese de Mestrado]. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ
 92. Bahia L. Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil. [Tese - Doutorado em Saúde Pública]. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação, Rio de Janeiro, 1999
 93. Rezende da Silva RA, Mahar DJ. Saúde e Previdência Social – uma análise econômica. Rio de Janeiro: IPEA/INPES, 1974
 94. Luz MT. As Instituições Médicas no Brasil: Instituição e estratégia de hegemonia (1979). Rio de Janeiro: Edições Graal, 3a edição, 1986
 95. Braga RA. A política do precariado: do populismo à hegemonia lulista – São Paulo:

- Boitempo; USP, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, 2012
96. Relman AS. [N Engl J Med](#). 1980 Oct 23;303(17): 963-70
 97. Possas CA. Saúde e Trabalho: A Crise da Previdência Social (1981). 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 1989
 98. Menicucci TMG. Público e Privado na Política de Assistência à Saúde: atores, processos e trajetória – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007
 99. Apreciação do “Plano Nacional de Saúde”. Rev. Saúde Públ. 2(2): 95 – 110, dez 1968
 100. Campos GWS. Os médicos e a política de saúde. São Paulo: Hucitec, 1988
 101. Paulin LF, Turato ER. Antecedentes da Reforma Psiquiátrica: as contradições dos anos 70 História, Ciências, Saúde — Manguinhos, vol. 11(2): 241-58, maio-ago. 2004
 102. Lima JCS, Peret JR, Penello LM, Vaissmar M, Conde MVF, Rabacov M, Coser OA, Amarante PDC, Silva P. A psiquiatria no âmbito da Previdência Social (1980). In: Fleury, S., Bahia, L., Amarante, P. (Org.) Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária. Rio de Janeiro: Cebes, 2008
 103. Martins WSN. A Previdência Social e as Empresas de Planos de Saúde no Brasil In Bahia L, Antunes LR, Cunha TCA, Martins WSN. Planos de Saúde no Brasil: Origens e Trajetórias. Rio de Janeiro: Laboratório de Economia Política da Saúde, 2005
 104. Bahia L. O Mercado de Planos e Seguros de Saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. IN Negri B E Di Giovanni (ORG.) Brasil: radiografia da saúde. Campinas – SP: UNICAMP/IE, 2001
 105. Carneiro R. Desenvolvimento em Crise: a economia brasileira no último quarto do século XX. São Paulo: Editora UNESP e IE/UNICAMP, 2002
 106. Fleury S. Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994
 107. Melchior JCA. Fontes de recursos financeiros para a educação no Brasil: captação e aplicação. Ensaio, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 23-43, jan./mar. 1993
 108. Ocké-Reis CO. SUS: o desafio de ser único. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012
 109. Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes). A questão democrática da área da saúde; (1979) In: Fleury, S., Bahia, L., Amarante, P. (Org.) Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária. Rio de Janeiro: Cebes, 2008 – Reimpressão
 110. Santos NR. Entrevista com Nelson Rodrigues dos Santos. Trab. Educ. Saúde, v. 6 n. 3,

- p. 645-658, nov.2008/fev.2009
111. Rodriguez Neto E. Subsídios para definição de uma política de atenção à saúde para um governo de transição democrática (1985) In: Fleury, S., Bahia, L., Amarante, P. (Org.) Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária. Rio de Janeiro: Cebes, 2008 – Reimpressão
 112. Rodriguez Neto E. A via do parlamento. In Fleury, S (ORG.) Saúde e Democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997
 113. Ilitch, I. Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1978
 114. Navarro V. Crítica de Ivan Ilitch (1976). In Navarro V. La Medicina bajo el capitalismo. Barcelona: Editorial Crítica, 1978
 115. Cordeiro H. A Indústria da Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980
 116. Luz MT. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”- anos 80. Physis Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 1991: IMS/UERJ. V 1 (1): 77-115.
 117. Pignarre P. El Gran Secreto de la Industria Farmaceutica (2003). Barcelona: Gedisa, 2005
 118. Rodrigues JT. A Medicação Como Única Resposta: Uma Miragem Do Contemporâneo Psicologia em Estudo, Maringá, v. 8, n. 1, p. 13-22, jan./jun. 2003
 119. Welch GH, Schwarz L, Woloshin S. Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health. Boston: Beacon Press, 2011
 120. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Larsen CG, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis BMJ 2012;345:e7191
 121. Giovanni G. Questão dos remédios no Brasil (produção e consumo). São Paulo: Polis, 1980
 122. Rodrigues CL. Políticas de saúde, desenvolvimento tecnológico e medicamentos: lições do caso brasileiro. [Dissertação Mestrado em Desenvolvimento Econômico]. Campinas (SP), UNICAMP
 123. Bermudez J. Remédios: saúde ou indústria? A produção de medicamentos no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992
 124. Fadul W. Minha política nacional de saúde. In: Saúde em debate: fundamentos da reforma sanitária. n: Fleury, S., Bahia, L., Amarante, P. (Org.) Saúde em Debate:

- fundamentos da reforma sanitária. Rio de Janeiro: Cebes, 2008 – Reimpressão
125. Kucinski B, Ledogar RJ. Fome de Lucros – Atuação das Multinacionais de medicamentos e remédios na América Latina. São Paulo: Brasiliense, 1976
126. Pacheco MVA. A máfia dos remédios. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979
127. Temporão JG, Ramos CL. A propaganda de remédios e o mito da saúde (1981). In: Fleury, S., Bahia, L., Amarante, P. (Org.) Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária – Rio de Janeiro: Cebes, 2008 – Reimpressão
128. Oliveira EJP. Engenharia clínica aplicada à definição e implementação de uma proposta desenvolvimentista para o sistema nacional de inovação de produtos médicos. [Tese - Doutorado] Faculdade de Engenharia Elétrica e de Computação, Unicamp, Campinas, 2010
129. Furtado A, Souza JH. Evolução do setor de insumos e equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos no Brasil IN NEGRI B E Di GIOVANNI G (ORG.) Brasil: radiografia da saúde. Campinas – SP: UNICAMP/IE, 2001
130. Giovanni G. Medicamentos e equipamentos médicos: inovação e adensamento tecnológico no Brasil. [Tese Doutorado em Sociologia]. São Paulo (SP) Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo
131. Goldenberg P. Repensando a desnutrição como questão social (1988). 2ª edição. São Paulo: Cortez; Campinas: Editora da Unicamp, 1989
132. Campos ALV, Nascimento DR, Maranhão E. A história da poliomielite no Brasil e seu controle por imunização História, Ciências, Saúde – Manguinhos, vol 10 (suplemento 2): 573-600, 2003
133. Brasil. Programa Nacional de Imunizações 30 anos . Brasília: Ministério da Saúde, 2003
134. Carvalho G. O Sonho de Saúde que embalamos (2011). Retirado de http://www.idisa.org.br/site/documento_6872_0_2011---27---602---domingueira---o-sonho-de-saUde-que-embalamos.html
135. Gallo E, Nascimento PC. Hegemonia, Bloco Histórico e Movimento Sanitário In: Teixeira SF (org.). Reforma sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989
136. Fleury S. A Questão Democrática na Saúde. In Fleury S. (ORG.) Saúde e Democracia: a luta do Cebes – São Paulo: Lemos Editorial, 1997
137. Furtado C. A Nova Dependência. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983

138. Fernandes F. Nova República? Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985
139. Sampaio Júnior PSA. Brasil: as esperanças não vingaram. Observatorio Social de America Latina, Buenos Aires, año VI, no. 18., p. 69-80 sep./dic. 2005
140. Quartim de Moraes J. Contra a canonização da democracia. Critica Marxista, São Paulo, v. 12, p. 9-40, 2001.
141. Fernandes F. O PT em Movimento: Contribuição ao I Congresso do Partido dos Trabalhadores. São Paulo: Cortez, 1991
142. Comision Economica para América Latina (CEPAL). América Latina y el Caribe. Observatorio demográfico N° 3, Santiago, 2007
143. Netto JP. Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64 (1990). São Paulo: Cortez, 1996
144. Peres AB. A constituição do Estado capitalista tardio: análise da interpretação do capitalismo tardio sobre a constituição do Estado capitalista no Brasil. Leituras de Economia Política, Campinas, (15): 63-96, jan./dez. 2009.
145. Fleury S. Reforma Sanitária (org.): Em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989
146. Fleury S. Fleury, S (Org.) Saúde e Democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997
147. Mendes AN. Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2012. 170p .

ANEXO I - LISTA DE SIGLAS

AIS - Ações Integradas de Saúde

ABI – Associação Brasileira de Imprensa

ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo

AMB - Associação Médica Brasileira

ARENA – Aliança Renovadora Nacional

CAP - Caixa de Aposentadorias e Pensões

CDS - Conselho de Desenvolvimento Social

CEME - Central de Medicamentos

CMI- Coeficiente de Mortalidade Infantil

CNBB – Confederação Nacional de Bispos do Brasil

CNRH - Centro Nacional de Recursos Humanos

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CONASP - Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

CUT – Central Única dos Trabalhadores

DATAPREV - Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social

DNPS - Departamento Nacional da Previdência Social

DSM – Diagnostic and Statistic Manual (of Mental Disorders)

FAS - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

FBH - Federação Brasileira de Hospitais

FINEP - Financiadora de Estudos e Projetos

FUNABEM - Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor

HU - Hospital Universitário

IAP - Instituto de Aposentadorias e Pensões

IAPAS - Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social

IAPB - Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários

IAPC - Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciais

IAPFESP - Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos

IAPI - Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
IAPM - Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos
IAPTEC - Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Estivadores e Transportes de Cargas
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
IPASE - Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Servidores do Estado
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LBA - Legião Brasileira de Assistência
LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social
MDB – Movimento Democrático Brasileiro
MEC - Ministério da Educação e Cultura
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social
MS - Ministério da Saúde
MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra
OAB – Ordem dos Advogados do Brasil
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PAEG - Plano de Ação Econômica do Governo
PAIS - Programa das Ações Integradas de Saúde
PCB – Partido Comunista Brasileiro
PC do B – Partido Comunista do Brasil
PESES - Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde
PIASS - Programa de Interiorização de Ações de Saneamento e Saúde
PMC - Projeto Montes Claros
PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PND - Plano Nacional de Desenvolvimento
PNS - Plano Nacional de Saúde
PPA - Plano de Pronta Ação
PPREPS - Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PREV-SAUDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PT – Partido dos Trabalhadores

SBPC – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SINPAS - Sistema Nacional da Previdência Social

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SNVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SNVS - Serviço Nacional de Vigilância Sanitária

SUMOC – Superintendência de Moeda e Crédito

SUS - Sistema Único de Saúde

US – Unidade de Serviço

ANEXO II - LISTA DE TABELAS

	Pg.
Tabela 1	124
Tabela 2	129
Tabela 3	130
Tabela 4	130
Tabela 5	131
Tabela 6	149
Tabela 7	152