*Rev. Medicina HCFMRP-USP e CARL 15 (4): 237 - 247, 1982.*

# SAÚDE E POLÍTICA NO BRASIL, 1957 - 1977 (1)

JUAN STUARDO YAZLLE ROCHA (2); LEONARDO MONTILVA (3) E JUSSARA BRESANI (3)

Por ser a Medicina uma prática muito antiga e universal, reveste-se facilmente, nas sociedades capitalistas, de um "caráter "neutro", "técnico-científico", independente portanto de influências sócio-estruturais e históricas. A história clássica da Medicina é um relato de fatos sucessivos, desde a perspectiva biográfica dos seus realizadores, os quais perseguem com seus atos valores humanistas e universais. Como assinala CONTI[1]: "caracteriza-se pela historicidade dos meios e a a-historicidade dos objetivos". Porém, desde outra postura metodológica é possível ver a prática na saúde como uma "expressão das práticas sociais, factível portanto de estudo histórico". GARCIA[2] diz a respeito: "a prática e o saber no campo educacional e no da saúde estão ligados à transformação histórica do processo de produção econômica", e mais adiante "sustenta-se que a estrutura econômica determina o lugar e a forma de articulação da Medicina e da educação na estrutura social"; DONNANGELO & PEREIRA dizem: "A prática médica expressa na sua totalidade as determinações históricas próprias da estrutura social (de classes)[3]. Porém, como foi assinalado com muita propriedade por GONÇALVES [4]: "deve-se ter em mente que a prática médica na medida em que estruturada infra-estrutural e supra-estruturalmente não se determina exaustivamente enquanto **objeto** dessa determinação estrutural, mas, por efeito dessa mesma determinação estrutural se constitui ela própria em **sujeito** que contribui para a recriação sob nova forma das estruturas que também a presidem".

## A MEDICINA E A ESTRUTURA SOCIAL

A medicina, entendida aqui não apenas como o conjunto de conhecimentos técnico-científicos relacionados com a saúde-enfermidade, senão, e principalmente, como o conjunto socialmente estruturado das práticas sociais relacionadas com a saúde-enfermidade, articula-se com todas as instâncias da estrutura social. Como nos dizem DONNANGELO & PEREIRA: "a especificidade das relações da medicina com a estrutura econômica e a estrutura político-ideológica das sociedades em que domina a produção capitalista se expressa na forma pela qual a prática médica participa da reprodução dessas estruturas através da manutenção da força de trabalho e da participação no controle das tensões e antagonismos sociais". Estas formas de articulação tem sido objeto de estudo de diversos autores e aqui nos limitaremos a caracterizar sumariamente os aspectos principais levantados pelos mesmos:

---

(1) Uma forma preliminar do presente estudo foi produzida pelos autores na "Maestria de Medicina Social – Universidad Autonoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México, D.F.", em 1977.

(2) Livre-Docente de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP.

(3) Alunos da "Maestria de Medicina Social, UAM-X".

– a prática médica, não apenas realiza o valor econômico (valor de troca) da produção industrial de medicamentos, instrumentais e equipamentos (GAETE e cols. [5]; FOUCAULT [6]; DONNANGELO & PEREIRA [3], senão que tem contribuído à formação de um espaço econômico-industrial na saúde, interiorizando as relações capitalistas de produção e constituindo-se em importante setor de acumulação de capitais (BRAGA [7]; LUZ [8].

– a prática médica dirige-se à elevação, manutenção e reprodução da força de trabalho necessária à produção industrial. A este respeito, no dizer de DONNANGELO & PEREIRA, a medicina se excede dos seus objetivos ao contribuir à determinação do valor histórico da força de trabalho. É dos mesmos autores a idéia de que a extensão de cobertura de serviços de saúde, às populações marginais, garante a conservação de uma reserva de mão-de-obra (força de trabalho potencial) destinada a reposições necessárias no caso de eventuais oscilações na demanda da força de trabalho [3].

– a nível supra-estrutural temos os efeitos ideológicos das instituições médicas, descritos por LUZ [8]: (elas exercem o) " papel de estruturar e definir, através de agências, como a Universidade, ou de agentes, como os médicos, o que constitui a " Ciência Médica ", i. e., o verdadeiro saber em relação à saúde ... desempenham o papel de estruturação simbólica, para toda a sociedade, das representações da saúde-doença . . . i.e., definem o que é estar doente ou estar saudável . . . definição prioritariamente destinada aos grupos dominados (a representação não é a mesma para o trabalhador ou para o profissional liberal) variando segundo as classes, porém hábitos de saúde são definidos para todos. Há meios de encobrir ou de excluir representações concorrentes: negação da " validade científica " (a todo saber não coerente com a racionalidade do sistema capitalista), repressão pelos aparelhos legais aos que exercem a prática concorrente ".

O efeito ideológico das instituições médicas tem repercussões políticas: " da representação simbólica do estado de saúde ou doença decorrerão, na prática social, atitudes em relação ao sistema econômico (ao trabalho, ao consumo de medicamentos) e ao sistema político (apelo às instituições médicas para recuperação da saúde, reivindicação de melhoria efetiva na situação de saúde) ". Esta função de legitimação do Estado e de manutenção e reprodução da sua hegemonia, está longe de ser uma ação "tranquila"; como afirmam DONNANGELO & PEREIRA [3], " as possibilidades de exercício da hegemonia não se encontram já dadas historicamente mas se efetivam através de um processo contraditório de enfrentamentos e, por vezes, de concessões, entre classes e frações de classes, indicando a presença, ao menos potencial, de distintas ideologias e projetos políticos capazes de desempenhar papel efetivo na transformação da estrutura ". Ou no dizer de LUZ [8]: . . . " as instituições médicas reproduzem a estrutura do poder capitalista no plano da saúde, reproduzem também suas fissuras, suas contradições, seu precário equilíbrio ".

## AS PRINCIPAIS TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS E AS MUDANÇAS NA SAÚDE NO BRASIL

As relações entre a estrutura social e a saúde serão melhor compreendidas pelo estudo das transformações ocorridas, em ambas, nas duas últimas décadas. Além disto, o período de 1957-1977 é considerado, por MARINI[9], como o período da maturidade da economia brasileira. Ele pode ser subdividido em 4 subperíodos de aproximadamente 5 anos cada um, correspondentes a ciclos econômicos de expansão ou depressão, coincidentes com importantes "momentos" políticos. Esta periodização, como quase todas, é mais um recurso analítico do que uma pretensão de dividir ou compartimentar a história. Os subperíodos são:

1. A aliança populista-desenvolvimentista, 1957-1962.
2. Constituição do Estado Burocrático-Autoritário, 1962-1967.
3. O "Milagre" Brasileiro 1968-1973.
4. A crise do "milagre", 1973-1977.

### 1. A Aliança Populista-desenvolvimentista: 1957-1962

É um período de expansão econômica, vigente a política de industrialização subs-

titutiva de importações, sustentada pela entrada de capital estrangeiro privado, na forma de dinheiro e, principalmente, de capital-mercadorias (meios de produção com maquinárias e equipamento). O Plano de Metas do governo Kubistchek (1956-1961) é constituído por planos setoriais somados, sem coordenação entre si (KOWARICK)[10], mas que tem, como finalidade comum, o crescimento econômico. Ocorrem grandes inversões públicas feitas com empréstimos estrangeiros, dirigidas a setores não rentáveis para o capital privado. A atuação do Estado se dirige ao desenvolvimento econômico, em especial à industrialização, com ênfase no setor privado e empresas estrangeiras (IANNI)[11]. Como resultado, observa-se uma taxa de crescimento do setor industrial superior a 9% anual, com desenvolvimento principalmente da indústria pesada e de novos ramos industriais como o automotriz (MARINI)[9]. Em defesa da industrialização, o Estado garante o mercado interno através de mecanismos fiscais, promove a transferência de renda do setor exportador ao setor industrial (através de subsídios) e desenvolve a infra-estrutura necessária: usinas de aço, refinarias de petróleo, centrais elétricas, correspondendo ao "nacionalismo econômico" (CARDOSO & FALETTO)[12].

No plano político, existe uma polarização dicotômica entre os setores exportadores mercantis (principalmente agroexportadores) de um lado, e as classes urbanas e grupos industriais de outro, correspondendo ao Estado e às classes médias (inclusive aos setores financeiros) uma posição intermediária (CARDOSO)[13]. O movimento político das massas urbanas ficou conhecido como movimento nacional-popular ou "populismo"; os objetivos e a política econômica dos setores industriais receberam o nome de "nacional-desenvolvimentismo". Como diz CARDOSO[13]; "O desenvolvimento econômico resultaria da correspondência entre as políticas populistas, que envolviam necessariamente um aumento na participação social e política e algum grau de redistribuição do ingresso em favor das massas urbanas, com o nacionalismo econômico, cuja base social está na existência de grupos interessados em aumentar a poupança e dirigir as inversões para os setores produtivos industriais, orientados ao mercado interno". De outro lado, as classes agroexportadoras vêem, na ascenção de grupos industriais, uma ameaça aos seus interesses econômicos e à sua hegemonia. Este confronto abre o espaço para o avanço das lutas populares por um aumento na sua participação econômica e política, a qual é vista como ameaça geral ao sistema. A esta crise política soma-se a crise econômica do desenvolvimentismo, pela insuficiência do mercado interno para garantir uma taxa de acumulação rentável para o capital.

No plano internacional, o surgimento da Revolução Cubana, representando uma via alternativa ao fracasso do desenvolvimentismo, na conjuntura delicada dos países latino-americanos, transforma a "semente do socialismo" de ameaça potencial em exemplo real, que deve ser evitado. Por iniciativa dos Estados Unidos da América do Norte, é convocada, em 1961, a Conferência de Ministros de Punta del Este (Uruguay), onde será estabelecida a necessidade de articular os setores sociais ao planejamento do desenvolvimento econômico, dentro do marco de um planejamento global para o desenvolvimento sócio-econômico (OPS)[14]. Surge a Aliança para o Progresso, proposta reformista, para substituir o modelo fracassado. Reconhece-se ao Estado o papel de condutor dos processos nacionais com maior interferência na economia.

No campo da saúde, enquanto dominavam as idéias liberais na economia, havia um certo "espontaneísmo" representado pela crença de que o crescimento econômico resolveria os problemas sociais. Abandona-se o modelo do círculo vicioso da pobreza e doença, segundo o qual a solução dos problemas de saúde resolveria aqueles da pobreza, idéia que tinha prevalecido na primeira metade da década dos 50.

A medicina previdenciária se desenvolve às custas das pressões dos assalariados para elevar o seu nível de consumo, porém ao nível de institutos que agrupam categorias sindicais: bancários, industriários, comerciários, etc. com padrões de assistência desiguais, correspondentes ao nível econômico da categoria ou ao seu poder de pressão política (DONNANGELO)[15]. Em 1953, o 1º Congresso Nacional da Previdência Social aponta para a necessidade de uniformizar os regimes previdenciários entre as várias categorias salariais. Assim, em 1960 é promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social, igualando os benefí-

cios de todos os assalariados em regime de CLT; esta lei não foi concretizada (BRAGA)[7]. A demanda crescente por serviços médicos eleva os gastos da previdência em assistência médica: em 1949 representavam 7,3%, em 1960 chegaram a 19,3% do total, agravando a situação financeira da previdência e criando exigências de racionalização dos gastos.

A Saúde Pública organiza-se verticalmente por programas específicos, tais como: de malária, tuberculose, lepra, tracoma, etc., ou pelos grupos sociais aos quais se dirige: materno-infantil, escolares, etc. Os serviços Especiais de Saúde Pública (SESP) são estendidos na sua ação, à região do vale do São Francisco e em 1956 é criado o DNERu (Departamento Nacional de Endemias Rurais) em apoio a projetos de desenvolvimento econômico (BRAGA)[7]. Apesar do relativo crescimento dos gastos em saúde pública, no período 1956-59, as inversões em saúde tem baixa prioridade. A medicina liberal é importante ainda, embora só tenha acesso à mesma uma parcela reduzida da população. No início da década dos 60, surge a preocupação pela racionalização dos gastos com saúde, tanto públicos quanto privados (cursos de administração em saúde e hospitalar). A partir daí, desenvolve-se uma visão integral do "setor" saúde, e o desejo de promover mudanças estruturais no mesmo (OPS)[14]. A saúde, a partir de Punta del Este, passa a ser considerada como investimento e parte integrante do planejamento para o desenvolvimento. Promove-se o planejamento setorial.

## 2. Constituição do Estado Burocrático-Autoritário, 1962-1967.

No setor econômico, este período representa um ciclo recessivo, caracterizado por uma queda na taxa de formação de capital. O setor de manufaturas entra em desaceleração com taxa média de crescimento anual de 2%; a taxa de inflação, até antes de 1964, chega próxima dos 100% levando o Governo a aplicar uma política econômica que agrava a tendência recessiva e leva a uma violenta centralização do capital (MARINI)[9]. A esta crise, o Estado reformista tentará responder com o Plano Trienal, de reorientação da economia, visando manter uma taxa elevada de crescimento do PIB, reduzir progressivamente a inflação, melhorar a distribuição da renda e reduzir as desigualdades regionais no referente ao nível de vida. O governo não consegue implementar o plano, o combate à inflação torna-se difícil por ter, de um lado, as pressões dos setores industriais e, de outro, as reinvindicações das classses trabalhadoras (IANNI)[11]. A crise política, na ausência de uma classe hegemônica, agrava-se, facilitando a radicalização dos partidos políticos com elevação da politização das massas populares principalmente em torno do debate pelas Reformas de Base: Agrária, Tributária, Universitária, etc. Ao fracasso dos governos reformistas junta-se, agora, a instabilidade política, que ameaça a continuidade do sistema econômico e político das nações capitalistas latino-americanas. Para enfrentar esta dupla crise, econômica e política, é necessário impor um novo modelo de acumulação capitalista, mais ambicioso e mais profundo, que requer altas inversões de capitais, maiores exigências de tecnologia e organização, mecanismos de acumulação que garantam os ganhos dos investidores e, sobretudo, estabilidade que permita a continuidade futura dos benefícios (O'DONNELL)[16], condições estas que o Estado reformista não pode atender. Para enfrentar a crise política, que representa uma ameaça, os Estados Unidos elaboram os conceitos de "guerra interior" e de "guerra revolucionária", que deverão ser combatidas em nome da "segurança nacional", assim definida por Gurgel: "A Segurança Nacional é a garantia dada pelo Estado para a conquista ou a defesa dos Objetivos Nacionais, apesar dos antagonismos e das pressões" (COMBLIN[17]; ACEITUNO e cols.)[18] e constituirá a base ideológica dos Estados de Segurança Nacional, que deverão assumir a direção cultural e ideológica do bloco histórico (PORTELLI)[19], principalmente pelo uso do seu poder de coerção. Como assinalam ACEITUNO e cols.[18], "O Estado de Segurança Nacional é uma das formas que . . . se fazem necessárias ao capital internacional e às burguesias nativas . . . para impôr o novo padrão de acumulação, caracterizável por um aumento na taxa de exploração".

"O regime de Segurança Nacional é um Estado de exceção, que busca a reorganização do conjunto da vida nacional em função dos novos padrões de acumulação, que darão passo a novas formas estatais e a políticas de

participação restrita" . . .

O'DONNELL cunhou o termo "burocrático-autoritário" para este tipo de Estado, segundo ele com as seguintes características: a) as posições superiores do Governo são ocupadas por pessoas. . . de bem sucedidas carreiras em organizações complexas e altamente burocratizadas: Forças Armadas, o Estado, grandes empresas privadas; b) são sistemas de exclusão política . . . visam a fechar os canais de acesso ao Estado, ao setor popular e aos seus aliados, assim como a desativá-lo politicamente, não somente mediante a repressão senão também por meio de . . . controles verticais . . .; c) são sistemas de exclusão econômica, no sentido que reduzem e adiam, a um futuro impreciso, as aspirações de participação econômica do setor popular; d) são sistemas despolitizantes, no sentido de que pretendem reduzir questões sociais e políticas públicas a problemas "técnicos" . . .; e) correspondem a uma etapa de importantes transformações nos mecanismos de acumulação das suas sociedades . . . . ." (O'DONNELL)[16].

Os objetivos, implícitos nas ações do Estado serão: reorganização da sociedade; racionalização administrativa; concentração do poder no executivo; reorganização da forma de acumulação de capitais; disciplinação das massas, de forma a permitir um aumento na exploração e maior rentabilidade às emprêsas; desnacionalização da economia a partir do aumento da entrada de empresas e capitais estrangeiros.

O primeiro governo, após o golpe militar de 1964, lança o Programa de Ação Econômica do Governo (PAEG, 1964-1966) contemplando as reformulações de instituições, normas técnicas e objetivos relacionados com o mercado de capitais e a força de trabalho. São desta época as reformas legais Bancária, Tributária, do Mercado de Capitais e a de Remessa de Utilidades e Garantias à Inversão Estrangeira, que sentarão as bases do novo modelo de acumulação. Estas medidas se acompanham de cortes nos gastos públicos, contenção dos créditos, contenção de salários (reajuste de salários passa a ser pela média salarial do ano anterior, o que faz com que os mesmos cresçam sempre abaixo da inflação) e liberam-se as tarifas de utilidade pública para eliminar o déficit corrente das emprêsas estatais (MELLO & BELLUZO)[20].

No campo da saúde, as pressões crescentes da demanda por serviços elevam o percentual de gastos em assistência médica da previdência social a nível mais alto que no período anterior, chegando a 29,6% do total em 1967. O gasto vincula-se principalmente à assistência hospitalar, e com "aquelas práticas mais tecnificadas, relacionadas, portanto, com o consumo dos produtos da indústria de equipamentos e aparatos médicos, bem como com a produção de medicamentos" (BRAGA)[7]. No período de 1960-67 os gastos com assistência médica na previdência crescem 3,3 vezes; os gastos com assistência hospitalar crescem 9 vezes e com a assistência ambulatorial apenas 2,1 vezes. Segundo BRAGA, também, é neste período que tem início o colapso da base institucional e de suporte econômico financeiro da previdência. "A partir de 1960, a relação Despesa/Receita perde sua elasticidade. O superávit, que deveria existir para capitalização, patrimônio e aplicações, é apenas contábil, dado o não recolhimento que cabia à União, às empresas empregadoras e à sonegação". Estão dadas, pois, as condições para a "racionalização" da saúde (LUZ)[8], entendida agora como "reorganização institucional", principalmente no referente à unificação dos institutos da previdência: "A unificação significará, isto sim, uma unidade de comando e de orientação técnico-administrativa. Aglutinando-se os órgãos de direção, maior facilidade encontrará a administração superior na condução nacional da Previdência e no estabelecimento de critérios gerais de economicidade" (Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social, citado por BRAGA)[7]. Cria-se assim o Instituto Nacional da Previdência Social, pela unificação de 6 IAP's (Comerciários, marítimos, industriários, bancários, empregados de transporte e cargas, ferroviários e empregados de serviços públicos) e do SAMDU (Serviço Assistência Médica Domiciliar e de Urgência), em 1966. Escudada em argumentos técnicos, esta medida na realidade significará, pela política posterior, transformar o Instituto de produtor em financiador da compra de serviços do setor privado, "garantindo a preservação e expansão" do mesmo, a qual dificilmente seria viável de outra forma, pelo baixo poder de compra direta pelo consumidor (DONNANGELLO)[15], além da "inexistência de qualquer política de ampliação futura dos serviços próprios". Outra característica

importante foi a exclusão da participação dos trabalhadores nos órgãos administrativos no Instituto, que fica assim sob a tutela exclusiva do Estado, o que facilitará a este último adquirir certa legitimação como também exercer mais eficazmente sua ação hegemônica perante as classes populares. É a partir de agora , (1966), segundo BRAGA[7], que o sub-setor da medicina previdenciária sobrepujará o de saúde pública, em termos de política estatal.

### 3. O "Milagre" Brasileiro, 1968-1973:

Este período representa a realização do modelo econômico, objetivo das mudanças políticas e econômicas efetivadas no subperíodo anterior. As principais características deste modelo são discutidas por WERNECK SODRÉ[21], de quem reproduzimos os pontos principais. A primeira é a "extremada concentração econômica, acompanhada evidentemente pela concentração financeira", de natureza exógena, isto é, vinculada à introdução das empresas multinacionais, fenômeno chamado pelo autor de "concentração importada". Esta concentração estimula a fusão de financeiras, bancos de investimentos e seguradoras. Faz-se presente, também, nos estudos de distribuição populacional da renda. KURTZ[22] afirma: "Mais de 80% da população está à margem do mercado de produtos industriais . . . A capacidade de consumir produtos industriais está, na verdade, concentrada apenas em um 5% da população brasileira que absorve, aproximadamente, 45% da renda nacional". Isto faz com que a produção do mercado se volte para os artigos suntuários, automóveis, eletrodomésticos, etc., "agravando o divórcio entre o desenvolvimento do aparelho produtivo e as necessidades do consumo das massas . . . (MARINI)[9]. A concentração da renda agrava também os desequilíbrios regionais no país, favorecendo os Estados da região sudeste em detrimento daqueles do nordeste. Outra característica importante do modelo brasileiro de desenvolvimento é a ênfase nas exportações, principalmente de manufaturas. "No Brasil, as condições para a empresa automobilística multinacional . . . tornaram-se excepcionais: a siderurgia subsidiando com matéria-prima barata a montagem de automóveis; mão-de obra de salários baixíssimos mantidos policialmente; energia barata, provida pelo Estado. Trata-se de produzir em escala crescente, inteiramente desproporcional com respeito às condições do mercado interno. Era uma indústria não integrada na economia nacional, senão essencialmente vinculada ao exterior". A desnacionalização da economia se acentua ainda mais na área de minérios (ferro, alumínio, magnésio, amianto, berilo, tungstênio, estanho e zinco) e na petroquímica.

Outra característica importante neste período, é que a expansão da economia se faz as custas da estrutura existente do período anterior, com exceção da petroquímica e da indústria elétrica pesada, e, principalmente, pela grande capacidade de importar, devido aos empréstimos do exterior em moeda, sem alterar a estrutura da produção industrial (ao contrário da expansão no período 56-62, quando houve verdadeira revolução industrial), como assinalam MELLO & BELLUZO[20]. O resultado é o endividamento crescente, com a balança de pagamentos acusando deficits que as exportações, mesmo crescendo, não conseguem cobrir. As remessas para amortização de empréstimos no exterior evoluem sempre em crescendo, havendo total desproporção entre as inversões estrangeiras e as remessas de utilidades e juros. O quadro seguinte é extraído de WERNECK SODRÉ[21]:

| Ano | Inversões | Remessas (em milhões de dólares) |
|---|---|---|
| 1964 | 28 | 191 |
| 1965 | 70 | 269 |
| 1966 | 74 | 291 |
| 1967 | 76 | 315 |
| 1968 | 63 | 228 |
| 1969 | 136 | 261 |
| 1970 | 122 | 353 |
| 1971 | 101 | 411 |

"No total de anos . . . entraram, em inversões estrangeiras, 670 milhões de dólares e sairam 2.319 milhões".

Finalmente, outra característica importante é a ampliação da intervenção do Estado na economia. O gasto público, que representava em 1950 20% do PIB, em 1969 chega a 34% e em 1976 atingiria aproximadamente 50% do PIB, dando uma idéia da importância do Estado como agente econômico.(MARINI)[9]. A inversão estatal realiza-se, fundamental-

mente, para permitir a reprodução do capital privado, dirigindo-se aos setores de infra-estrutura e de serviços básicos; os setores prioritários para a intervenção estatal são, segundo ROCHA[23]; setor habitacional, energia elétrica, transportes (estradas, portos, frota marítima), indústrias básicas (aço; metais não ferrosos, indústria química, mecânica, minerais e cimento) e em quinto lugar o petróleo.

No campo da saúde, como seria de se esperar, em consequência das características do modelo econômico, ocorre agravamento do nível de saúde da população brasileira. "É inegável que chegamos a 1973 com um quadro de saúde pública ainda grave, configurado pela conjugação de enfermidades crônico-degenerativas ao lado das infecto-contagiosas; pela ocorrência nos centros urbanos de endemias antes somente encontradas nas áreas rurais, como esquistossomose e a doença de Chagas, etc.; pelo retorno da tuberculose como enfermidade significativa nacionalmente; pela vigência da desnutrição e de altas taxas de mortalidade infantil" (Grupo Médico)[24]. Estudos sobre a evolução da mortalidade infantil em São Paulo apontam para o "salto ascendente (da mesma) coincidente com a vigência do "milagre" (1968-1973): compara-se a evolução da mortalidade infantil com a evolução inversamente proporcional ao salário mínimo real (LESER & BARBOSA)[25]. Neste período há uma diminuição do orçamento do Ministério da Saúde, passando 2,21% do orçamento da União, em 1968, a 0,9%, em 1974 (BRAGA)[7].

"A política nacional de saúde atribuiu (no período 1965-75) quase unicamente à Previdência Social o encargo da Assistência Médica à população, estancando medidas relativas ao saneamento e âmbito coletivo. Para isto, articulou-se o Estado ao capital privado, na área industrial, de serviços e financeiras que passaram a conformar um verdadeiro setor de acumulação de capital . . . A função do Estado tem sido o "financiamento ao consumo". Sua ação resultou na sustentação de uma demanda relacionada a uma área de acumulação de capital e constituída pele rede privada de serviços, indústria de equipamentos e farmacêutica" (BRAGA)[7].

Entretanto, uma das características mais importantes da saúde neste período, talvez seja aquela decorrente da associação entre os avanços técnico-científicos na área médica e na instauração de um modelo assistencial orientado para a acumulação de capitais. A este respeito, BRAGA[7], diz: "A introdução dos avanços científicos e técnicos no processo de produção dos serviços de saúde é um fator fundamental da dinâmica do setor uma vez que aparecerá como determinante fundamental tanto na evolução da rede de serviços, em seus aspectos hospitalar e ambulatorial, quanto na transformação das relações sociais vividas pela mão-de-obra médica, em particular a tendência ao assalariamento; e mais ainda, na expansão da retaguarda industrial do setor, responsável pela produção dos instrumentos de trabalho médico". DONNANGELO[15], diz: "Ao mesmo tempo em que ampliam as possibilidades de interpretação e interferência sobre as condições de saúde, o acúmulo de informações especialmente, mas não apenas biológicas - e o seu grau de elaboração científica, acarretam a impossibilidade do domínio, pelo profissional, da totalidade do conhecimento médico. A especialização, como uma forma de divisão técnica do trabalho, aparece como o resultado mais imediato da inovação técnico-científica. Nesse sentido, ela representa uma diferenciação entre os produtores, consistente na especificidade dos instrumentos de trabalho com que operam (informações e equipamentos); do objeto imediato do seu trabalho (grupos em diferentes fases do desenvolvimento biológico, patologias específicas, áreas limitadas do organismo humano), das ações técnicas que desenvolvem sobre esse objeto. Por outro lado, a especialização acentua a complementaridade entre as diferentes formas de trabalho e, consequentemente, a dependência entre os especialistas . . ."

Para BRAGA[7], "o hospital é usado como plataforma técnica essencial à dinâmica do sistema", é o mecanismo coordenador da assitência médica (GARCIA)[2], "inspirador do modelo de atenção média . . . apoiado em pareceres especializados e em exames laboratoriais, . . . assistência sofisticada . . . encarecedora do ato médico" . . . "Encarece também, este modelo, necessariamente, a formação do médico, que passa a ter maiores exigências por cursos de especialização médica de um, dois e até três anos para "compensar a formação deficiente da graduação".

"A prática hospitalar, especializada e especializante, substituirá e será ao mesmo tempo,

o ensino médico. Tal especialização começará, portanto, cada vez mais cedo e todo o ensino da medicina tenderá a se passar no hospital. Este tornar-se-á, por sua vez, um "situs" institucional universitário" (LUZ)[8].

As transformações na saúde e seu significado político-econômico constituem a "rationale" da política do setor: "O Estado levará em conta os interesses dos assalariados, mas pelo pacto social do qual o Estado emerge, pacto social excludente da participação dos assalariados, a política social e da saúde não poderá ultrapassar os limites dos interesses capitalistas . . . A política de saúde não atende somente aos interesses gerais do capitalismo senão também aos interesses capitalistas do setor saúde" (BRAGA)[7].

Expressão clara desta política é o Plano Nacional de Saúde proposto pelo ministro Leonel Miranda, em maio de 1968. Seus princípios doutrinários são a privatização total dos serviços de saúde, o sistema de livre escolha e a participação compulsória, direta e imediata, do usuário no custeio dos serviços, segundo prévia classificação econômica (MELLO)[26]. O Plano Nacional de Saúde acabou por inviabilidade econômica: falta de recursos que garantissem sua implementação, segundo relatório da comissão especial encarregada de analisar o mesmo. Restariam dele, na estrutura dos serviços médicos: os convênios com hospitais, clínicas e laboratórios; os pagamentos por unidade de serviço médico. Para finalizar o delineamento geral das características da Saúde neste período, vejamos a esse respeito o quadro proposto por LUZ: "Armam-se assim, de 72 até 74 os elementos do cenário da medicina estatal privatista: de um lado a privatização regulamentada da atenção médica, centralizada nas mãos do Estado, controlador monopólio da demanda de serviços; de outro lado, as instituições de atenção médica, organizadas em modelo empresarial mesmo que sejam estatais, (como os crescentes hospitais universitários), funcionando em regime oligopólico, direta ou indiretamente financiadas pela previdência social que pode, desta forma, ordenar também a oferta de serviços; de outro, ainda, o trabalho médico crescentemente socializado, assalariado a baixo preço, portanto força de trabalho; finalmente, a população assalariada (e de seus dependentes), crescentemente previdenciária, buscando no INPS o remédio para a sua saúde combalida" (LUZ)[8].

### 4. A Crise do Milagre, 1973-1977

Trata-se de um período recessivo da economia, de queda da taxa de formação de capitais e dos índices de crescimento econômico, com recrudescimento da inflação, embora não reconhecida nos dados oficiais, no fim do governo Médici. Com a mudança de govêrno em 1974, passa-se a reconhecer abertamente o problema da inflação e da contenção dos salários, ajustados no primeiro semestre de 1974, bem abaixo do índice do custo de vida. A política de combate a inflação consiste na contenção da oferta de meios de pagamento, resultando em restrição ao crédito, caindo então um dos traços essenciais do "modelo" econômico brasileiro (SINGER)[27]. A consequência é uma queda na demanda de bens de consumo duráveis (automóveis e eletrodomésticos) como semi-duráveis (tecidos e roupas).

Outra mudança importante é a que diz respeito à abertura ao exterior. Em 1973 tinham-se imposto barreiras, de caráter creditício e fiscal, à entrada de capitais estrangeiros. Em 1974, a balança comercial entra em desequilíbrio, em parte pela elevação dos preços do petróleo, em parte pela diminuição da demanda por matérias-primas no comércio exterior, devido à crise econômica recessiva dos países desenvolvidos. Isto fez o Brasil procurar, estimulando até, a entrada de capitais. Ao mesmo tempo, tenta-se restringir as importações "não essenciais" e retoma-se a política de substituição de importações, criando fundos de apoio à indústria pesada.

Mais importante ainda é a crise política neste período. Segundo JAGUARIBE[28], o regime militar dependia de uma certa eficácia do seu modelo econômico para justificar e coonestar a sua legitimidade. Perdida a sua eficácia, essa legitimidade, que era dependente do êxito mais não do consenso, ficou correspondentemente afetada. Passou, assim, a haver uma crescente demanda de que se substituísse a legitimidade do êxito pela legitimidade do consenso . . . expectativas de legitimidade da classe média se endereçam no sentido da democracia constitucional, do Estado de Direito, das demandas clássicas da cultu-

ra política brasileira". A perda da legitimidade, claramente confirmada pelos resultados eleitorais no período, principalmente nas eleições para o Congresso Nacional, redunda na incapacidade de utilização do aparelho coercitivo; a partir de então torna-se imperativo a redemocratização do país. Como assinalado por O'DONNELL[16], "à dominação do Estado Burocrático-Autoritário falta política, e ideologicamente o seu ingrediente nacional e privado, que só a burguesia nacional podia lhe dar". A crise orgânica de legitimação do duo, Estado-Capital Internacional, é superada pela reaproximação dos setores nacionais, até protegê-los diante dos interesses multinacionais, porém de forma a não comprometer a confiança internacional[16].

O Estado capitalista deve exercer duas funções contraditórias: acumulação e legitimação. O Estado procura apoiar a acumulação de capital privado e paralelamente manter a paz e a harmonia social. Os "gastos sociais" do Estado são exigências da sociedade capitalista para manter a harmonia social, embora não contribuam, sequer indiretamente, para a expansão do "pool" de mais-valia, (GOLD)[29]. Os serviços de saúde contribuem para o alívio de tensões sociais, para a legitimação do Estado e também para o controle social (ver a respeito os trabalhos de DONNANGELO & PEREIRA[3]; BRAGA[7]; SINGER e col.[30]). É este o sentido das políticas de extensão da cobertura dos serviços de saúde emanadas da III Reunião de Ministros da Saúde do Continente em 1972: "serán proyectos nacionales que garanticen una unidad política-social arriba de la cual estará un Estado representante de todos los ciudadanos", OPS[31].

Em 1974, pela lei 6118, cria-se o Conselho de Desenvolvimento Social, órgão interministerial que tem entre suas atribuições o desenvolvimento de uma Política Nacional de Saúde.

A portaria nº 39, de outubro de 1974 cria o Programa de Pronta Ação no âmbito do agora Ministério da Previdência e Assistência Social, com o objetivo explícito de tornar os serviços de saúde mais acessíveis, de imediato, aos beneficiários da Previdência Social. Entre os beneficiários da previdência são incluídos agora os dependentes dos segurados, autônomos e empregados domésticos, nos centros urbanos. "Por isso os dados oficiais do INPS podem falar, desde 1976, numa cobertura urbana de cerca de 80%" (LUZ)[8]. A grande expansão da assistência médica previdenciária em 1975-1976 é consequência do Plano de Pronta Ação e ocorre por conta da Assistência Ambulatorial, na qual, os serviços diversos substituirão para as empresas médicas a dinâmica de lucratividade, antes assentada na Assistência Hospitalar" (BRAGA)[7]. Para MELLO[26], a permissividade do Plano aliada ao regime de pagamento por "unidade de serviço" são responsáveis por ser o paciente "considerado e encarado como um cheque ao portador".

Dois outros projetos são propostos, naquele ano pelo Ministério da Saúde, voltados primordialmente à extensão da cobertura dos serviços de saúde; o Programa Estratégico de Preparação de Pessoal de Saúde (PREPPS), voltado à formação de pessoal de nível médio (técnico e auxiliar) para cobrir os déficits existentes e esperados a nível dos programas de extensão de cobertura e de apoio à constituição, implementação e funcionamento de 10 regiões docente-assistenciais de saúde, para uma cobertura final de 15 a 20 milhões de habitantes. Este programa se dirige às populações "marginais", desempregados e subempregados, focos de intranquilidade social, e a populações camponesas. O outro, Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) pretende implantar em pequenas e medianas comunidades da região Nordeste do Brasil, estruturas básicas de saúde pública, desenvolver ações de menor custo unitário que resultem em benefício de um maior número de pessoas, num sistema com diversos níveis de atenção ajustados à heterogeneidade das condições verificadas . . . "(Ministério da Saúde)[32, 33].

Em outubro de 1974, por decisão do Conselho do Desenvolvimento Social é criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) "como instrumento de apoio financeiro aos programas e projetos de caráter social; . . . com recursos administrados pela Caixa Econômica Federal, que, desde 1975, tem financiado hospitais e clínicas de propriedade privada para montagem e/ou ampliação de instalações, como também na ampliação de seu capital de giro" (BRAGA)[7]. Embora destinadas, esta medidas, a ter um impacto social, nem por isso deixam de "servir" ao modelo capitalista da saúde", "ou seja, as empresas

de serviços médicos financiados pelo FAS — clínicas e hospitais — para serem rentáveis têm de atrelar-se à demanda gerada via INPS. Quer dizer, necessitam que o INPS financie os seus consumidores, pois do contrário seus custos não permitirão uma margem de lucro adequada, não poderão enfrentar sequer os financiamentos obtidos na CEF" (BRAGA)[7].

Em julho de 1975, é criado o Sistema Nacional de Saúde, o qual define as áreas de competência dos Ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social, Educação e Cultura, do Interior, do Trabalho, bem como as atribuições dos Estados, Distrito Federal e Territórios e a competência dos municípios. Originado dos setores de planejamento da Previdência Social, é fundamentalmente uma proposta racionalizadora, fundamentando-se na integração e coordenação das ações de saúde. A viabilidade deste tipo de proposta, através de instrumentos legais, parece estar muito longe da realidade, da qual, o indicador mais importante talvez seja o fato desta lei nunca ter sido sequer regulamentada, defasando o efeito político do resultado concreto da mesma, na estrutura da saúde no país. Desta forma as peculiaridades do Sistema Nacional de Saúde, constantes do diagnóstico apresentado por BASTOS[34], na V Conferência Nacional de Saúde, permaneceram inalteradas:

1. objetivos: produzir serviços pagos, satisfazer a clientela e gerar lucros financeiros;
2. atribuições: indefinidas, descoordenadas e conflitantes;
3. controle: aleatório e episódico;
4. avaliação: baseada na produção de atos remunerados;
5. gastos: dispersos, mal conhecidos e sem controle.

A reforma racionalizadora na saúde, instituída posteriormente (1978), pela implantação do Sistema Nacional da Previdência Social (SINPAS), separando a parte previdenciária no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), da parte voltada para a assistência médica, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e da parte administrativa, Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS), não será suficiente para a saúde emergir da sua crise, decorrente do modelo privatista e mercantil que caracteriza o setor. O clima de abertura tende a problematizar a questão da saúde, agudizando suas contradições; camadas populares e trabalhadores em geral reivindicam a saúde como um direito igualitário e universal dos brasileiros. Se o "populismo" (1945-1964) desenvolveu o Estado de Bem Estar Social, implementando uma política de seguridade social impulsionada pelas lutas sociais daquele período, depois de 1964 com a implantação de um modelo monopolista, desnacionalizante, excludente das camadas populares instaurou-se a medicina do capital, predatoria da saúde e do bem estar do trabalhador.

O autor principal contou com auxílio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) no desenvolvimento da presente investigação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CONTI, L. — Estructura Social y Medicina in: Medicina y Sociedad — Vários autores — Editorial Fontanella S.A., Barcelona, España, 1972.
2. GARCÍA, J.C. — Las ciencias Sociales en Medicina — XXIII Congresso Internacional de Sociologia, 20-25 de noviembre, 1972, Caracas, Venezuela.
3. DONNANGELLO, M.C.F. & PEREIRA, L. — Saúde e Sociedade. Livraria Duas Cidades Ltda., São Paulo, 1976.
4. GONÇALVES, R.B.M. — Medicina e História. Raízes Sociais do Trabalho Médico — Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.
5. GAETE, J. — Apuntes sobre ciencias sociales y salud — Cuadernos de Ciencias de la Salud — Consejo Superior de la Universidad Centro Americana (C.S.U.C.A.), mimeografado, s.d.
6. FOUCAULT, M. — La Crisis de la Medicina o la crisis de la antimedicina. Educ. Med. y Salud, 10 (2): 152-170, 1976.
7. BRAGA, J.C.S. — A questão da Saúde no Brasil. Um estudo das políticas sociais em Saúde Pública e Medicina Previdenciária no Desenvolvimento capitalista. Dissertação de Mestrado, UNICAMP, Campinas, São Paulo, 1978.
8. LUZ, M.T. — As Instituições Médicas no

Brasil – Instituição e Estratégia de Hegemonia. Edições Graal, Rio de Janeiro, 1979.
9. MARINI, R.M. – Estado y crisis en Brasil – cuadernos Políticos nº 13, 76-84, Ediciones Era, México D.F., 1977.
10. KOWARICK, L. – Estrategias do Planejamento Social no Brasil – Cadernos do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), nº 2, São Paulo, s.d.
11. IANNI, O. – Estado e Planejamento Econômico no Brasil, 1930-1970. Editôra Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 1971.
12. CARDOSO, F.H. & FALETTO, E. – Dependência y Desarrollo en América Latina – Ensayo de interpretación sociológica. Siglo Veintiuno Editores, México D.F. (13ª edición), 1977.
13. CARDOSO, F.H. – Hegemonia Burguesa e Independencia Económica Raíces Estructurales de la crisis Política Brasileña, in: "Brasil Hoy", Siglo Veintiuno Editores, México D.F. (4ª edición), 1975.
14. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD – Planificación de la Salud en la América Latina – Publicación Científica nº 272, Washington D.C., E.U.A., 1973.
15. DONNANGELLO, M.C.F. – Medicina e Sociedade. O Médico e seu Mercado de Trabalho – Livraria Pioneira Editôra, São Paulo, 1975.
16. O'DONNELL, G. – Reflexiones sobre las tendencias de cambio del Estado Burocrático - Autoritário. Rev. Mexicana de Sociologia 34 (1): 9.59, UNAM, México D.F., 1977.
17. COMBLIN, J. – A ideologia da Segurança Nacional. O Poder Militar na América Latina. Editôra Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 1978. (2ª edição).
18. ACEITUNO, G; BOTZMAN, M.; FONCERRADA, L.; GUERRERO, H.; LECUONA, P. – Estados Unidos y los Estados de Seguridad Nacional en América del Sur – Estados Unidos, perspectiva latinoamericana. Centro de Investigación y Docencia Económica (CIDE), nº 1, México D.F., 1977.
19. PORTELLI, H. – Gramsci y el Bloque Histórico – Siglo Veintiuno Editores, México D.F., 1977 (4ª edición).
20. MELLO, J.M.C. & BELLUZO, L.G.M. – Reflexões sobre a crise atual Escrita, ensaio nº 2, 16-27, São Paulo, 1977.
21. WERNECK SODRE, N. – Brasil, Radiografia de um Modelo – Editorial Orbelus, Buenos Aires, Argentina, 1973.
22. KURTZ, C. – Um mal exemplo em América Latina – Correio da Manhã, Rio de Janeiro, 31 de março de 1970 in: Werneck Sodré, ibid.
23. ROCHA, R. – Diálogo – Correio da Manhã, Rio de Janeiro, 4 de março de 1969, in: Werneck Sodré, ibid.
24. GRUPO MÉDICO E CIENTISTAS SOCIAIS – A Saúde e a Medicina no Brasil: Contribuição para um Debate – Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, Rio de Janeiro, mimeografado, 1977.
25. LESER, W. & BARBOSA, – Relacionamento de Certas Características Populacionais com Mortalidade Infantil no município de São Paulo, 1950-1970. Prob.Bras. 10: 17-30, 1972.
26. MELLO, C.G. – Análise dos resultados do Plano Nacional de Saúde. Saúde e Assistência Médica no Brasil, CEBES-HUCITEC, São Paulo, 1977.
27. SINGER, P. – A Crise do "Milagre" – Interpretação crítica da economia brasileira. Editôra Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1976.
28. JAGUARIBE, H. – O Modelo Político e a Estrutura Econômico Social Brasileira. Coleção Encontros com a Civilização Brasileira. nº 4, 129-126, Rio de Janeiro, 1978.
29. GOLD, D.A. et al. – Recientes desarrollos en la Teoria Marxista del Estado capitalista. in: "El Estado en el Capitalismo Contemporáneo – Sonntag, H.R. Valecillos, H. – Siglo Veintiuno Editores, México D.F., 1977.
30. SINGER, P. et al. – Prevenir e Curar: O Controle Social através dos Serviços de Saúde. Editôra Forense Universitária Rio de Janeiro, 1978.
31. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD – Plan Decenal de Salud para las Americas. Informe final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Documento Oficial nº 118, Washington D.C., E.U.A., 1973.
32. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Documento PREPPS: Programa de Trabalho. Brasília, junho, 1976.
33. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Programa PIASS (Tema III), Anais da VI Conferência Nacional de Saúde, Brasília, agosto, 1977.
34. BASTOS, M.V. – Sistema Nacional de Saúde, Contribuição para a discussão do tema oficial "Sistema Nacional de Saúde". V Conferência Nacional de Saúde, Brasília 1975. Apud Mello, C.G. – Saúde e Assistência Médica no Brasil.

Histórico – Século Veintiuno Editores, México D.F., 1977 (4ª edición).

20. MELLO, J.M.C. & BELLUZZO, L.G.M. – Reflexões sobre a crise atual. Escrita, ensaio nº 2, 16-27, São Paulo, 1977.

21. WERNECK SODRÉ, N. – Brasil, Radiografia de um Modelo – Editorial Orbelus, Buenos Aires, Argentina, 1973.

33. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Programa PIASS (Tema III), Anais da VI Conferência Nacional de Saúde, Brasília, agosto, 1977.

34. BASTOS, M.V. – Sistema Nacional de Saúde, Contribuição para a discussão do tema oficial "Sistema Nacional de Saúde". V Conferência Nacional de Saúde, Brasília 1975.

Apud Mello, C.G. – Saúde e Assistência Médica no Brasil.