

CRISTINA DE ALBUQUERQUE POSSAS

SAÚDE, MEDICINA E TRABALHO NO BRASIL

Orientador: Maurício Tragtenberg

Dissertação de Mestrado em Antropologia Social apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas.

Campinas, 1993.

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

(ou: A Antropofagia do Capitalismo Selvagem)

Ao Mario, pelo amor

e pelo estímulo intelectual

em todas as etapas deste trabalho

AGRADECIMENTOS

Este trabalho surgiu da necessidade de formular teoricamente questões surgidas durante uma experiência de 5 anos na área de saúde. Nesse sentido, representa para nós muito mais do que uma simples prestação de contas à academia: significa uma tentativa pessoal de síntese em termos teóricos dos problemas enfrentados no contato do dia a dia com a impotência do sistema de saúde diante dos graves problemas sanitários que afetam a grande maioria da população brasileira.

A possibilidade de participar dos chamados projetos alternativos de atenção primária à saúde foi decisiva em nossa formação: acompanhá-los desde a fase inicial de elaboração, experimentando o gosto amargo de suas contradições internas e das resistências que surgiam pelo caráter progressista e revolucionário de suas propostas, voltadas para os interesses das classes populares, foi essencial para suscitar as principais questões que aqui se colocam.

Por este motivo, não poderíamos deixar de nos referir a todos aqueles que participaram de alguma forma desta experiência. Inicialmente, merece ser lembrada a equipe do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP que, no período de 1974 a fins de 1975, participou da elaboração do Programa Materno-Infantil de Paulínia: Antonio Sergio da Silva Arouca, Anamaria Tambellini Arouca, Marília Bernardes Marques, Célia Leitão Ramos e Francisco Viacava, entre outros. Numa segunda etapa, cabe mencionar toda a equipe de pesquisa do Programa PESES/PEPPE da Fundação Instituto Oswaldo Cruz, em Manguinhos, desenvolvido em convênio com a

FINEP (Financiadora de Estudos e Projetos). Agradecemos aqui àqueles que conosco integraram a pesquisa "Trabalho em Saúde", a qual representou um importante ponto de partida para esta dissertação de mestrado. Coordenada pelo Dr. Antonio Sergio da Silva Arouca, esta pesquisa contou ainda com a participação de Jaime Araújo Oliveira, Sonia Fleury Teixeira, Roberto Passos Nogueira, Armando Ribeiro e Marcos Medeiros. Na pesquisa de campo realizada em Campinas sob nossa coordenação participaram: Eduardo Pereira Nunes, Aloisio Mercadante Oliva, Marcia Pereira das Neves, Virginia A.P. Pereira Nunes e Ana Tereza Cabral Martini, além do Dr. Mauricio Jacinto da Silva, Dra. Maria Cecilia Guião Leite e Dra. Sandra Roncali Maffezoli.

Merece especial referência, na atual etapa de nossa experiência, toda a equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas sob a coordenação do Dr. Sebastião de Moraes, pelo sério trabalho que vem desenvolvendo junto à população da periferia de Campinas e da qual temos o privilégio de participar.

Reconhecendo a importância do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UNICAMP em nossa formação, somos particularmente gratos ao Conjunto de Antropologia Social pela oportunidade que nos foi dada de contribuir para o desenvolvimento de uma nova área de investigação.

À Clarice Barbosa Aranha nossa gratidão pelo paciente trabalho de datilografia e revisão dos originais.

O agradecimento final cabe ao nosso orientador de tese, professor Mauricio Tragtenberg, pela vasta bibliografia sugerida e pelo importante apoio que nos foi dado no momento mais difícil deste trabalho.

"... a medicina de hoje é uma oficina de reparos ou de manutenção destinada a manter em estado de funcionamento o homem gasto por uma produção inumana."

Ivan Illich - Nêmesis da Medicina

"Como corolário, devem merecer prioridade as atividades que favoreçam o nível de saúde dos adultos produtivos e dos adolescentes em vias de se tornarem produtivos, com atenção menor para os demais grupos etários: escolares, crianças em idade escolar que não frequentam escola, crianças em idade pré-escolar e velhos. Aos que, por motivos sentimentais, clamam por outra ordem de prioridade, diga-se que mantendo vivos e capazes os que trabalham para a manutenção da família, são favorecidos também os dependentes. (...) Também devem ser preferidas as atividades que apresentem resultados imediatos ou a curto prazo, a outras cujos benefícios econômicos sejam esperados em futuro mais distante, pois interessa-nos uma 'decolagem rápida'."

Dr. Martinus Pawel - "Saúde no Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social do Governo da União", Revista Paulista de Hospitais, julho de 1966.

ÍNDICE

	<u>PÁGINA</u>
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I. SAÚDE E POPULAÇÃO	22
1.1. Crise da Medicina e Crise da Saúde	22
1.2. Saúde e População Excedente	68
CAPÍTULO II. SAÚDE E PRODUÇÃO	118
2.1. Doenças Ocupacionais	118
2.2. Acidentes do Trabalho	154
CAPÍTULO III. ORGANIZAÇÃO SOCIAL DA MEDICINA NO BRASIL	232
3.1. Políticas e Instituições de Saúde: Um breve histórico	232
3.2. A assistência médica na estru- tura atual do Complexo Previ- denciário	298
3.3. Transformações da prática e da ideologia médicas	372
CONCLUSÕES	394

INTRODUÇÃO

Este trabalho se afasta das monografias antropológicas convencionais ao procurar ir além de um estudo descritivo "de campo". Tomamos como "campo" uma realidade mais ampla, procurando partir das condições concretas de vida, trabalho e saúde para fundamentar questões mais gerais referentes às relações entre população e sistema produtivo - e é nesse sentido que nos parece constituir uma abordagem essencialmente antropológica.

Nossa intenção inicial era de realizar uma análise da organiza-ção social da Medicina no Brasil, com base em dados secundários já exis-tentes porém esparsos, situando o chamado "setor saúde" no conjunto das políticas sociais desde 1966, ano em que se inicia o processo de rees-truturação da Previdência Social. Interessava-nos desvendar as formas que assumia o cuidado médico voltado para os diferentes setores da população brasileira, em suas modalidades pública e privada .

Contudo, no decorrer do processo de investigação, tanto a nível teórico quanto empírico, foi se delineando a necessidade de entendermos, de um lado, a medicina como um setor capitalista e, como tal, com uma dinâmica própria, ainda que em boa parte subordinado à Previdência Social; e, de outro, de situá-la como um campo privilegiado da investigação que permite compreender - a partir de um impacto visível sobre as condições de saúde - as formas de absorção, consumo e repulsão da população pela estrutura produtiva capitalista. A incapacidade de absorção de um grande contingente populacional excedente bem como o consumo da classe trabalhadora pela produção e as tentativas de reparação - quando necessárias ao próprio processo produtivo - são questões decisivas que nos permitem par

-tir destas relações entre produção e população para entender o chamado "setor saúde" e, no bojo deste, a organização social da Medicina.

A necessidade de avançar na investigação para obtermos uma visão integrada da questão da saúde tornou provavelmente este trabalho mais abrangente do que desejaríamos no início. Esta abrangência, ainda que ao custo de um aprofundamento menor que o desejável em alguns aspectos, permitiu-nos a incorporação de temas como doenças ocupacionais e acidentes do trabalho, que ao nosso ver necessitam ser analisados como parte integrante e indissolúvel do "setor saúde" no que se refere à determinação social das doenças, e não apenas como um tema para especialistas em medicina do trabalho.

Passamos assim de uma análise das formas de organização social da Medicina a uma questão que nos pareceu logicamente anterior e teoricamente decisiva: a necessidade de compreender a determinação social das doenças à luz das relações de trabalho, o que vem se constituir no fio condutor da presente investigação.

No que diz respeito à questão do método, muito nos preocupamos com a conceituação dos limites da antropologia e sua definição, na medida em que a própria natureza do trabalho a que nos propúnhamos não permitia a aplicação da técnica antropológica tradicional de trabalho de campo, dado que não se tratava de uma etnografia em seu sentido estrito. Nesse aspecto, foi bastante útil e esclarecedora a leitura de um importante trabalho de Verena Martinez-Alier (1973) referindo-se ao capítulo de Freedman publicado posteriormente pela Unesco no "International Study on the Main Trends of Research in the Field of the Social and Human Sciences".

-ces".

Abordando neste trabalho o problema da definição da disciplina pelos estudantes em seu tempo de Oxford, esta autora diz:

"Os estudantes deveriam ler os grandes mestres na matéria mas também alguns ensaios sobre definição, como, por exemplo, o de Evans-Pritchard sobre história e antropologia. Quando eles pensavam que finalmente tinham apanhado a essência e compreendido os limites da disciplina, eram atirados de volta à mais profunda das incertezas por questões de exames tais como: 'é a antropologia social uma disciplina morta?'. As dúvidas, entretanto, não terminavam neste ponto. Quando acontecia de um estudante escolher para pesquisa um tópico que não pertencia exatamente às tradições da disciplina, o dilema recomeçava. Quem sabe ele deveria mudar de campo, buscar um emprego como sociólogo ou historiador, ao invés de como antropólogo?"

E a autora prossegue, fazendo uma indagação decisiva que foi bem ao encontro de nossas preocupações quanto ao método e os limites da antropologia no contexto deste trabalho: "O ensino e a alocação de recursos, e empregos exigem uma espécie de subdivisão das disciplinas. Mas será que o objeto de estudo, os objetivos e as técnicas da antropologia justificam uma tal delimitação?"

Mostra que Godelier (1937) oferece uma resposta quando diz que o campo e os limites da antropologia foram dados por razões práticas mais do que por necessidade teórica. Por ter nascido junto com a expansão colonial do Ocidente, a Antropologia adquiriu ao desenvolver-se o que muitos definem como seu objeto e técnica de estudo característicos.

Apontando para uma crescente convergência entre antropologia e his

tória, Martinez-Alier mostra que "as primeiras visões de sociedades primitivas como atemporais e ahistóricas eram uma distorção etnocêntrica". Afirma que esta visão da antropologia como uma espécie de história do tipo totalizador e estrutural permite dissolver "a dicotomia tão querida, por tanto tempo, entre as sociedades 'primitivas' e as avançadas, entre o 'outro' e o 'eu'".

Referindo-se a Freedman com relação à etnohistória, diz a autora:

"Eu não concordaria que os cadernos de anotações dos trabalhos de campo ou as monografias desse trabalho são necessariamente o melhor material histórico para o antropólogo. Podemos aprender muito mais sobre os camponeses nas 'haciendas' dos Andes do Peru através de documentação da polícia e das próprias 'haciendas' do que dos pesquisadores de Vico. Meu próprio estudo de processos criminais de Cuba no século XIX do projeto referente a casos de não consentimento familiar a casamentos, de rapto e de casamentos inter-raciais, permitiu não apenas definir padrões contemporâneos de casamento e valores sexuais e sua relação com classe e raça mas também lançou nova luz sobre a 'matrifocalidade' no Caribe. Assim, eu não concordaria que a impossibilidade de dialogar com os personagens torne uma pesquisa do passado menos viável ou menos objetiva. Subjetividade não é um privilégio da historiografia."

Assim, o trabalho de Martinez-Alier deixa claro que embora os antropólogos tenham desenvolvido técnicas e conceitos que respondiam a necessidades de estudo de formações sociais anteriores sem classes, onde o parentesco e a religião eram privilegiados, "isto não deveria impedi-los de preocupar-se também com sociedades mais complexas (...). Se o privilégio,

anteriormente dado às assim chamadas sociedades 'primitivas' foi uma necessidade circunstancial e não teórica, então é irrelevante se a antropologia terá ou não sucesso em 'manter sua integridade' ".

Com relação a este último aspecto, julgamos fundamental observar que objeto e método são indissociáveis e se condicionam mutuamente. Ao pretender dar um salto quanto ao objeto - das sociedades "primitivas" às "complexas" - a Antropologia passou a se defrontar com uma séria dificuldade adicional, pois não foi ainda capaz de uma reestruturação metodológica suficientemente profunda para permitir a superação dos limites do método antropológico no estudo das chamadas sociedades complexas, o que vem obstaculizando o seu desenvolvimento como ciência autônoma.

Copans (1974), num interessante texto sobre a questão do método em Antropologia, diz:

"O etnólogo confirma o valor de seus resultados submetendo-os a uma comparação: ele evita desta forma questionar a natureza de sua experiência e os princípios que transformam uma unidade isolada, escolhida na maioria das vezes ao acaso, em um microcosmo, modelo reduzido completo de um determinado tipo de sociedade. A atração por uma experiência vivida tem sido certamente uma poderosa motivação para as vocações etnológicas. E é justamente porque esta experiência tem sempre um sentido e uma coerência para aquele que nela atua que o campo investigado se vê muitas vezes revestido de uma unidade e de um sentido que lhe conferiram mas que na verdade não possui. No mínimo a unidade e o sentido desta campo são determinados por relações exteriores ao etnólogo, as quais ele se recusa considerar (outra a recusa de um passado e hoje a recusa de reconhecer a submissão destas sociedades a mecanismos econômicos e políticos internacionais). Basta ver

em que condições se operou a transferência deste método para as sociedades ocidentais para compreender a ilusão que ele veicula. Quer se trate do estudo das sobrevivências (folclore) ou das unidades sociais à luz da coerência espacial ou outra bem delimitada (cartos bairros urbanos, comunidades étnicas, etc.), o método etnológico privilegia objetivamente a parte sobre o todo e utiliza conceitos que explicam esta parte como um todo (o que não é errado em muitos casos) autosuficiente (o que é errado a priori e em todos os casos). O método oscila portanto entre uma perspectiva totalizante ou generalizante e uma experiência pessoal pontual, considerada como científica ainda que exposta a todas as armadilhas do empirismo."

O maior obstáculo à aplicação do método etnológico convencional ao estudo das sociedades ditas complexas reside assim no fato de que um objeto particular de investigação pode até se constituir em um microcosmos, mas nunca é uma "miniatura" do universo no qual a sociedade "complexa" está imersa; ao contrário, constitui apenas uma parte desse universo e, como tal, ininteligível sem o recurso a categorias genéricas, abrangentes ou universais.

Julgamos assim que a questão central a ser enfrentada teoricamente pela Antropologia no atual contexto diz respeito ao fato de que um particular de uma sociedade "complexa" é impermeável à compreensão através da mera observação e descrição do concreto, na medida em que a sua inteligibilidade requer universais que não se manifestam diretamente - sem mediações - nem se condensam no particular.

Nossa opção obedece portanto muito mais às necessidades impostas

pela natureza do objeto de estudo do que propriamente aos cânones da investigação em Antropologia. Não temos qualquer pretensão de negar validade ao método antropológico - o qual se revela extremamente rico quando se trata de evitar generalizações vagas sobre contextos específicos - mas tão somente de apontar os seus limites.

Sem pretendermos aprofundar esta questão do método, que escapa ao âmbito desta introdução, procuramos assinalar sua importância decisiva para a pesquisa antropológica e encará-lo, em nosso trabalho, mais como um resultado - em permanente redefinição - do processo de elaboração científica do que um ponto de partida plenamente configurado.

*

Decidimos partir de um estudo dos determinantes da atual organização do sistema de atenção médica no Brasil, no período que se estende de 1966 até o presente. A referida periodização toma como marco inicial o ano de unificação do INPS, processo que teve sua origem já em 1964, com a intervenção nos Institutos de Aposentadorias e Pensões, como decorrência das profundas transformações políticas e sociais por que passou o país.

Uma análise em profundidade da "lógica" que permeia nosso sistema médico-assistencial e de sua expansão subordinada ao sistema previdenciário permitirá, ao nosso ver, aclarar aspectos importantes da atual políca sanitária vigente no país e, como consequência, compreendê-la no âmbito das chamadas políticas sociais.

O trabalho examina, portanto, as reestruturações por que vem pass

sando o sistema de atenção médica desde 1966 e sua articulação com o conjunto do sistema social, fundamentando-se nesse sentido na tese a ser comprovada, de que o chamado "setor saúde" não constitui uma unidade autônoma, situando-se como área sensível às condições gerais de vida da população que se refletem sobre as condições de saúde.

As condições de vida, mais especificamente as condições de trabalho, de alimentação e saneamento, determinam assim a maior parte dos problemas de saúde existentes, e nesse aspecto seria restrita uma análise setorial que tomasse como dados problemas socialmente produzidos.

Será portanto nessa articulação com a estrutura social que situaremos nosso marco de referência teórico, tomando de um lado as condições sociais de produção das doenças e, de outro, o sistema de atenção médica que se estrutura sobre uma demanda socialmente percebida como relevante.

A percepção social das doenças, que se reflete na forma que assume a organização social da Medicina, segue a lógica da importância relativa da população para o sistema produtivo em seu conjunto, respondendo assim a determinações de ordem tanto econômica quanto política.

Seguindo esta norma, a quase totalidade do atual sistema de atenção médica no país estruturou-se em função de uma demanda compulsória garantida pela Previdência Social, da qual provém a maior parte dos recursos. A demanda socialmente percebida como relevante é a demanda previdenciária, que cobre no Brasil teoricamente 55 milhões de pessoas, entre contribuintes diretos e seus dependentes (18 milhões de segurados e 37 milhões de dependentes), das quais apenas metade tem aces

-so a alguma forma de assistência médica, e uma parcela bem mais reduzi da recebe algum atendimento mais especializado. Mesmo assim, entre a - queles que supostamente têm acesso a tais recursos, é grande a chamada "demanda reprimida": estima-se que cerca de 40% dos que procuraram os ambulatórios do INPS na Grande São Paulo em 1974 deixaram de ser aten didos. (Camargo et alii, 1975).

Segundo levantamento realizado em 1971 pela Divisão de Epide miologia e Estatística do Ministério da Saúde, 64% dos médicos brasi - leiros residiam nas capitais, enquanto que a população residente nestas capitais, quando do Censo de 1970, correspondia a 23% do total nacio - nal. Pesquisa semelhante realizada pelo Instituto Presidente Castelo Branco (Sayeg, 1976) com base em dados do IBGE para 1972, mostrou que 30% dos municípios brasileiros não possuíam sequer um médico, o que não significa que a população residente nos municípios que possuíam médi - cos tivessem necessariamente acesso a eles.

A concentração de recursos bem como a heterogeneidade dos be nefícios médico-assistenciais no interior do sistema previdenciário a companhia sem dúvida as exigências sociais, de natureza econômica e po lítica, de assistência às áreas mais industrializadas nos grandes cen tros urbanos, nos quais se concentram os recursos da Previdência So cial destinados à assistência médica, os quais por sua vez tendem a privilegiar crescentemente as empresas médicas voltadas para o atendi mento dos setores da classe trabalhadora de alguma qualificação. Esta é a base sobre a qual vem se estruturando o complexo médico-industrial nos últimos 15 anos, através da transferência de recursos previdenciá-

-rios para o setor privado, como veremos no capítulo III, especialmente destinado à análise da organização social da Medicina no Brasil.

O restante da população brasileira, que constitui a grande maioria, incluindo-se aqui os chamados "estratos inferiores" da população previdenciária, que compõem a "demanda insatisfeita" da assistência médica na Previdência Social, fica praticamente a descoberto, entregue aos programas do Ministério da Saúde. Estes são atingidos, quando muito, por campanhas esporádicas de imunização, para controle e contenção de epidemias, além dos programas de suplementação alimentar, oferecidos em precários postos de saúde estaduais e municipais, com distribuição muitas vezes irregular de leite em pó, proteína em pó e medicamentos, bem como a distribuição, em algumas áreas, de anticoncepcionais. Tais atividades tendem, com raras exceções, a assumir um caráter assistencialista, intensificando-se em épocas eleitorais e retomando quase sempre, em seguida, seu caráter eventual e limitado.

Tais considerações, ainda que preliminares, apontam para a necessidade de uma análise das condições de evolução do sistema previdenciário no período, explicitando as políticas adotadas, para uma melhor compreensão do que chamamos "complexo previdenciário" (sistema médico próprio acoplado ao sistema contratado com empresas, hospitais e clínicas médicas). Esta análise possibilitaria entender a política assistencial da Previdência como parte de um conjunto mais amplo de políticas sociais voltadas para a ordenação das relações entre capital e trabalho, determinando ao mesmo tempo sua especificidade enquanto atividade médica propriamente dita, na medida em que interfere sobre fun-

-ções vitais.

A literatura existente sobre as relações entre Medicina e Capitalismo levanta diferentes hipóteses sobre as funções sociais do trabalho médico. A hipótese mais corrente, presente com frequência em artigos de periódicos que se propõem analisar as condições de saúde no Brasil e em autores como Gentile de Mello (1977), sugere que a determinação da expansão da Medicina no interior do sistema previdenciário responderia à lógica da expansão do setor médico como um setor capitalista. Tratar-se-ia neste caso apenas de garantir, através de mecanismos compulsórios, o consumo de serviços médicos pelas classes trabalhadoras, alimentando o setor capitalista médico da poupança dos trabalhadores, transferindo-a para as empresas médicas (como no caso do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, em que a poupança compulsória dos trabalhadores é transferida para as empresas de construção civil através do Banco Nacional de Habitação), sem qualquer efeito concreto sobre a saúde do trabalhador, ou até mesmo com efeitos negativos. Esta visão da questão da saúde no Brasil enfatiza a transferência maciça pelo Estado, através da Previdência Social, de recursos públicos para o setor privado, em particular às empresas médicas e aos hospitais.

Outra hipótese, presente em autores como Navarro (1976) e Donnangelo (1975;1976), entre outros, enfatiza a importância do trabalho médico como fator de neutralização de tensões sociais. Como bem coloca Navarro, o diagnóstico médico permite reduzir problemas que são em sua origem sociais a uma categoria nosológica individual, e nesse sentido, teria uma função ideológica importante. Assim, seguindo a orientação

teórica de Donnangelo, o cuidado médico, como qualquer outro benefício da Previdência Social, deve ser entendido dentro do contexto histórico da Previdência no Brasil e no mundo, de cooptação e neutralização pelo Estado das lutas trabalhadoras, garantindo a reprodução social dos trabalhadores como classe subordinada. Um argumento importante nesta hipótese é que as tensões sociais persistem e precisam ser neutralizadas, mesmo - e talvez principalmente - quando reprimidas, e isto explicaria a expansão da assistência médica no âmbito do sistema previdenciário, no pós-64. Daí a intervenção do Estado no sentido de garantir condições mínimas de acesso aos serviços, tabelando os preços.

Estas hipóteses, se tomadas isoladamente, podem conduzir a concepção errônea da "inocuidade" do trabalho médico, ou seja, a medicina da forma como está organizada hoje no Brasil não produz qualquer efeito concreto sobre a saúde do trabalhador ou, se o produz, será provavelmente negativo.

Outros autores, como Pollack (1971), Garcia (1976) e Arouca (1975), enfatizam o papel da Medicina no que chamam de "reprodução da força de trabalho". Tal conceito referente à reprodução da força de trabalho como uma função da medicina na fase monopolista do capitalismo está na verdade presente de maneira mais ou menos explícita em quase todos os autores que tratam do tema, ainda que de forma abrangente, como no caso de Donnangelo. Arouca parte desta conceituação genérica, procurando determinar as funções específicas de manutenção e recuperação da força de trabalho, que evitam a generalidade do conceito, embora constituam sem dúvida uma dimensão desta função mais geral. Diz Arouca:

"Em síntese, podemos dizer que a articulação fundamental da Medicina refere-se à manutenção, recuperação e reprodução da força de trabalho, à manutenção e recuperação de valores de uso para as classes hegemônicas..."

Tendo em conta as hipóteses existentes na literatura, o presente esquema de investigação toma como ponto de partida a ser comprovado o fato de que a expansão do setor médico como um setor capitalista no Brasil teve como fundamento a política assistencial da previdência social, que através de mecanismos de contribuição compulsória vem destinando uma parcela crescente de sua receita (hoje, mais de 1/4) à assistência médica individual, garantindo desta forma uma demanda constante de serviços médicos por parte dos assalariados urbanos, que livremente no mercado não teriam o poder de comprar serviços médicos, de custo crescente. Estima-se que atualmente apenas 2% da população brasileira tem condições de comprar serviços médicos, independentemente de qualquer subsídio, dado o baixo poder aquisitivo dos salários diante do alto custo das consultas, internações e exames complementares.

Destinada aos assalariados urbanos e, em especial, através de convênios com empresas, aos operários industriais, que se beneficiam da maior parte dos convênios, esta medicina se caracteriza por ser uma medicina voltada para a força de trabalho.

Contudo, embora tal definição genérica possa caracterizá-la pela parcela da população a que se destina, não responde certamente pela especificidade de suas funções.

A discussão do conceito deve partir desta forma do próprio processo de trabalho, que implica em um desgaste da força de trabalho con-

sumida, expresso sob a forma de um dispêndio de energia que necessita ser reposta a cada dia de trabalho. Esta reposição de energia necessária à produção e, conseqüentemente, à reprodução da força de trabalho, realiza-se através do consumo de meios de subsistência considerados essenciais.

Com Marx (1867), temos que "o valor da força de trabalho é determinado, como o de qualquer outra mercadoria, pelo tempo de trabalho necessário à sua produção e, por conseqüência, à sua reprodução. Enquanto valor, a força de trabalho representa apenas determinada quantidade de trabalho social médio nela incorporado. Não é mais do que a aptidão do indivíduo vivo. A produção dela supõe a existência deste. Dada a existência do indivíduo, a produção da força de trabalho consiste em sua manutenção ou reprodução. Para manter-se, precisa o indivíduo de certa soma de meios de subsistência. O tempo de trabalho necessário à produção da força de trabalho reduz-se, portanto, ao tempo de trabalho necessário à produção desses meios de subsistência, ou o valor da força de trabalho é o valor dos meios de subsistência necessários à manutenção do seu possuidor. A força de trabalho só se torna realidade com o seu exercício, só se põe em ação no trabalho. Através da sua ação, o trabalho, depende-se determinada quantidade de músculos, de nervos, de cérebro, etc., que se tem de renovar. Ao aumentar esse dispêndio torna-se necessário aumentar a remuneração. Depois de ter trabalhado hoje, é mister que o proprietário da força de trabalho possa repetir amanhã a mesma atividade sob as mesmas condições de força e saúde" : (Grifo nosso).

A capacidade de trabalho vincula-se diretamente às condições de saúde que dependem diretamente das condições de subsistência, cuja determinação é histórica e socialmente variável.

No entanto, a reprodução da força de trabalho só pode ser compreendida à luz da reprodução do próprio capital. Para Marx (1863) o processo de acumulação capitalista "implica uma nova criação de assalariados, meios para a realização e o aumento do capital existente, quer seja porque incorpora nele partes da população ainda não abarcadas pela produção capitalista, como crianças e mulheres, quer porque graças ao crescimento natural da população se lhe submete uma massa acrescentada de operários". Nesse sentido, na concepção marxista, "o capital não produz apenas capital: produz uma massa operária crescente, a única substância através da qual pode funcionar como capital adicional".

A reprodução social da força de trabalho é determinada desta forma pela necessidade de sua reprodução para o capital. Esta ressalva é de grande importância e aponta para o fato de que para o capital a força de trabalho não constitui uma unidade social homogênea, uma vez que se estrutura em setores distintos quanto à sua importância relativa para o processo de acumulação, em função das necessidades determinadas pelo estágio das forças produtivas em que se realiza.

O processo de reprodução social da força de trabalho pode assim ser entendido em dois níveis que se articulam: de um lado, em um plano mais geral de sua reprodução enquanto classe social subordinada ao capital, reprodução esta que se situa no âmbito das contradições de classe no interior de cada sociedade; e, de outro lado, ao nível de sua subsistência, expressa no custo de sua produção e reprodução, determinado pelo tempo de trabalho socialmente necessário à garantia de sua constante renovação.

No cálculo dos valores dispendidos para a produção da força de

trabalho incluem-se diversos fatores, dentre os quais, gastos com alimentação, habitação, transporte, roupas, etc., que se expressam sob a forma de remuneração direta, além das formas sociais de remuneração indireta, tais como programas de previdência e assistência social, habitação popular, saneamento e assistência médica, subsidiados pelo Estado.

As formas de remuneração indireta vêm representando de modo crescente uma importante parcela do custo social de produção e reprodução da força de trabalho nas sociedades capitalistas contemporâneas, custo este que não se reduz estritamente ao nível de subsistência vital que garante a reprodução física do trabalhador, mas é sempre (tautologicamente) um custo social global para o capital.

Diversos fatores, estruturais de um lado e conjunturais de outro, podem contribuir para explicar este movimento no sentido de um controle e regulação cada vez maior por parte do Estado: em primeiro lugar, as crescentes pressões da classe operária, em amplas organizações sindicais, por melhores condições de vida e pela ampliação dos benefícios sociais; em segundo lugar, a tendência crescente das grandes empresas capitalistas em transferir seus encargos sociais para o âmbito do Estado, repassando assim este ônus para o conjunto da sociedade. E, finalmente, a crescente participação do Estado no mundo contemporâneo, incorporando ao seu domínio formas sociais de controle da população, neutralizando as tensões através de programas de bem-estar social.

Nesse sentido, parece-nos relevante para fins deste trabalho considerar o papel dos benefícios previdenciários como remuneração indireta, destacando sua importância relativa na remuneração global das classes trabalhadoras. Este aspecto merece ser destacado se considerarmos

que a expansão no Brasil das atividades previdenciárias e da assistência médica no sistema previdenciário tomou grande impulso nos anos 60 acompanhando a forte queda no poder aquisitivo dos salários, como demonstraremos no decorrer do trabalho. Assim, poderíamos supor que à medida que a remuneração direta cai, os mecanismos de remuneração indireta passam a assumir especial importância, tanto ao nível da Previdência Social quanto ao nível dos gastos assistenciais das próprias empresas, complementados com descontos adicionais no salário do trabalhador, e posteriormente transferidos para a coletividade quando incorporados ao valor do produto.

No que diz respeito em particular à Medicina, nossa tese central é de que; além de constituir uma forma indireta de salário, como qualquer outro benefício previdenciário, o cuidado médico deve ser analisado em sua especificidade. Com o desenvolvimento do Capitalismo, o processo produtivo sofre importantes modificações de ordem técnica e organizacional que se refletem no interior do próprio processo de trabalho. A tendência à racionalização crescente da produção, o movimento no sentido de uma produtividade cada vez mais intensa, a aceleração da produção em que o ritmo da máquina impõe o ritmo do trabalho, colocam novas exigências com relação à saúde do trabalhador, e nesse contexto a medicina acoplada ao sistema industrial passa a desempenhar um papel cada vez mais importante, na medida em que intervém diretamente sobre funções vitais. Seguindo este esquema teórico, a intervenção do cuidado médico sobre o organismo dos trabalhadores, que constituem o grosso da demanda coberta efetivamente pelo sistema previdenciário, não é aleatória, possuindo uma racionalidade própria, que consiste em recuperar o trabalhador para man-

tê-lo em condições de produtividade. Não se trata de uma garantia de condições gerais de saúde ao trabalhador, segundo um conceito ideal de saúde, e sim de mantê-lo em condições mínimas de saúde para a produção, reduzindo o impacto do desgaste na produção sobre o organismo.

Por outro lado, esta determinação deve, ao nosso ver, ser entendida à luz da importância relativa de setores distintos da população trabalhadora para o capital, que se torna explícita no tratamento diferencial que os diversos setores da classe trabalhadora recebem no interior do complexo médico previdenciário, geralmente de acordo com a sua qualificação e/ou com a sua disponibilidade no mercado de trabalho. Esta discriminação não se dá ao acaso, mas possui uma lógica própria no interior do sistema produtivo, o que pode ser melhor fundamentado quando se estuda a organização interna das empresas médicas prestadoras de serviços às indústrias por intermédio do INPS, que submetem a um tratamento diferenciado os trabalhadores classificados segundo critérios de hierarquia funcional, além da diferenciação qualitativa no tratamento em serviços próprios e contratados, que absorvem setores distintos da demanda.

Esta forma de intervenção sobre a força de trabalho encontrou, como bem o demonstra Arouca (1), condições ótimas para sua expansão a partir da década de 40, com as decisivas transformações da indústria farmacêutica, que passaram a permitir uma intervenção rápida, sintomática e eficaz sobre o organismo, criando as condições que viabilizaram a realização de uma medicina de massas, produzida em larga escala. O surgimento de novos medicamentos de natureza polivalente, como antibióticos e psicofármacos, que permitem tratar com pronta eficácia, ao nível sintomático

(1) Esta visão da medicação sintomática de largo espectro como condição propícia à produção em série do cuidado médico é bastante fértil e nos foi transmitida verbalmente pelo próprio Autor.

pelo menos, patologias das mais variadas sem demandar um conhecimento mais detalhado de sua etiologia, propiciou a redução da etapa diagnóstica e a devolução rápida do trabalhador à produção, evitando assim as interrupções e o absenteísmo. (2)

Acreditamos portanto que as intervenções médicas têm uma racionalidade própria, na medida em que interferem diretamente sobre funções vitais, racionalidade esta cuja lógica se vincula às determinações do sistema produtivo. Rejeitamos assim o pressuposto da "inocuidade" do trabalho médico, e nesse sentido, rejeitamos as hipóteses que nela se fundamentam necessariamente.

Nossa tese central nesse trabalho consiste em demonstrar que a transferência de recursos dos trabalhadores para as empresas médicas, de equipamentos e de medicamentos, bem como a atenuação de tensões sociais reduzindo problemas sociais a diagnósticos médicos, não são, embora possa parecer à primeira vista, contraditórias com a existência de uma medicina eficaz em um determinado nível. A acumulação capitalista no setor saúde em - contra seus limites de expansão na garantia de um mínimo de eficácia social em suas intervenções sobre a mercadoria força de trabalho. Nesse contexto, assumem especial importância de um lado, o papel do empresário capitalista que estabelece um rígido controle sobre as condições de produtividade de seus empregados, exigindo um padrão mínimo de saúde, e de outro lado, o papel do Estado que, além de garantir o acesso aos serviços médicos, no sentido de reduzir tensões sociais, assegura um mínimo de eficácia aos serviços prestados a determinados setores da população trabalhadora, em especial aos que se situam acima de um dado nível de qualificação. Em tais exigências sociais situa-se portanto o limite da expansão capita-

(2) Segundo dados da CEME (1973), na estrutura da demanda ambulatorial no país a maior proporção de diagnósticos na consulta médica foi de "sintomas e esta dos mórbidos mal definidos" (17,1%), e na prescrição de medicamentos nas consultas, os antimicrobianos (antibióticos e sulfamídicos) com 20,7%, os medicamentos de ação sobre o sistema nervoso central e autônomo (analgésicos, anti-piréticos, tranqüilizantes e antiespasmódicos) com 20,1% e os nutrientes (vitaminas e suplementos dietéticos) com 8,6%, respondiam por cerca de 50% do total de prescrições no país.

-lista no setor saúde.

Quanto à polêmica questão das funções da Medicina no Capitalismo, com relação especificamente à reprodução da força de trabalho, parece-nos da maior importância ressaltar que a reprodução das populações diz respeito aos seus níveis de saúde, determinados basicamente pelas condições de vida, com a alimentação em primeiro lugar e as condições de habitação e saneamento básico em segundo, que decorrem do salário e dos meios de subsistência, tendo as políticas de saúde e a Medicina pouca influência, sobre os indicadores de morbidade e mortalidade.

Como bem frisou Illich (1975), "é apenas em terceiro lugar que se deve situar o impacto do ato médico sobre a saúde global. Contrariamente ao meio e às técnicas sanitárias não profissionais, os tratamentos médicos consumidos por uma população são uma pequena parte e jamais ligada significativamente à redução do peso da morbidade ou ao prolongamento da esperança de vida."

Contudo, em determinadas condições econômicas e sociais, pela precariedade das condições de vida e pelo desgaste da população trabalhadora, submetida a um regime sub-humano de trabalho, a Medicina passa a assumir uma função social de importância crescente, ainda que sua atuação se restrinja, como diz Arouca (1974), sobre o "complexo de efeitos."

Assim, embora a Medicina como atividade seja secundária para a reprodução da força de trabalho, não podemos ignorar que a lógica da reprodução da força de trabalho é um importante determinante da forma como a Medicina se realiza no Capitalismo. Trata-se aqui de uma dimensão específica desta reprodução, ao nível do próprio processo de trabalho, que exige um reparo imediato do trabalhador como se repara, ao nível da produção, a peça avariada de uma máquina.

CAPÍTULO I

SAÚDE E POPULAÇÃO

"Cualquiera que tenga
el honor de disponer
de una pluma, de una tribuna o
de una cátedra,
tiene el deber de consultar la salud de
la sociedad en la que vive."

Justo Sierra -- discurso na Câmara de Deputados
do México em 12 de dezembro de 1893.

1.1. CRISE DA MEDICINA E CRISE DA SAÚDE

O estudo da atual crise do chamado "setor saúde" no Brasil demanda logo de início um importante e decisivo corte analítico entre saúde de um lado e medicina de outro.

A confusão entre estes dois conceitos é responsável ao nosso ver por grande parte das incompreensões e distorções nas recentes análises sobre a questão dessa crise no país.

A crise é, na verdade, uma crise das condições de vida e portanto, de saúde, da maior parte da população brasileira. A crise da saúde é ideologicamente mascarada sob a forma de uma crise de Medicina, quando esta - que sem dúvida existe, como veremos mais tarde - constitui apenas uma das dimensões de um problema social de proporções infinitamente maiores.

O atual quadro sanitário brasileiro é dramático, predominando as doenças infecciosas associadas à desnutrição e à ausência de saneamento, as quais se propagam por todo o país. Apesar da precariedade da notificação das doenças e dos óbitos, que impedem a precisão dos registros vitais, é possível estimá-los por baixo, com base nos dados existentes.

Como mostram Cupertino (1976) e Soares (1977), fundamentados em estimativas do próprio Ministério da Saúde, a situação sanitária é da maior gravidade. A Divisão Nacional de Tuberculose estima em 30 a 40 milhões de indivíduos infectados, com 100 mil pessoas adoecendo a cada ano; a esquistossomose constitui igualmente hoje um dos mais sérios problemas

sanitários do país, com 12 milhões de pessoas atingidas; a doença de Chagas afeta atualmente mais de 5 milhões de pessoas, sendo que o número de vetores infectados encontrados aumentou de 3,2% em 1971 para 7,1% em 1973, conforme dados divulgados na V Conferência Nacional de Saúde, em 1975; 150 mil brasileiros são portadores de hanseníase ou lepra; morrem anualmente cerca de 14 mil pessoas no país com tétano; 500 mil brasileiros são cegos e 10 milhões são vítimas de tracoma; 10 milhões são doentes mentais e 6 milhões são excepcionais, necessitando de alguma forma de cuidado especializado. Todas estas patologias encontram-se associadas à desnutrição, que atinge 40 milhões de brasileiros. Destes, 12 milhões são crianças, o que leva a uma mortalidade infantil de pelo menos 100 por mil nascidos vivos, ou seja, uma em cada 10 crianças morre antes de completar o primeiro ano de vida.

Leser (1975) em seu detalhado estudo sobre o coeficiente de mortalidade infantil, mostra que este - apesar de sua especificidade - é considerado um dos mais expressivos e sensíveis indicadores das condições de vida e de saúde de uma população. Como bem lembra Singer (1974), "a sobrevivência de crianças menores de um ano depende mais de condições gerais de higiene e nutrição do que de cuidados médicos".

Quando comparamos o coeficiente de mortalidade infantil com o mesmo coeficiente em outros países, fica bastante evidente a precariedade das condições de vida da população brasileira. A Tabela I compara o coeficiente de mortalidade infantil de diferentes países das Américas, dentre os quais o Brasil. A Tabela II compara a mortalidade infantil de alguns países em 1973 com o coeficiente para o mesmo ano de algumas capitais bra

sileiras:

TABELA I

Coeficiente de Mortalidade Infantil
em Alguns Países das Américas
(por mil nascidos vivos)
- 1971 -

PAÍSES	COEFICIENTES
BRASIL	108,7 ^(*)
CANADÁ	17,5
COSTA RICA	56,5
EL SALVADOR	52,4
ESTADOS UNIDOS	19,2
GUATEMALA	83,1
JAMAICA	27,1
MÉXICO	66,3
PANAMÁ	37,6
PORTO RICO	27,5
VENEZUELA	50,2

FONTES: BRASIL - Yunes e Ronchezet (1974)

DEMAIS PAÍSES - World Health Statistics Report

(*) Para o Brasil, dado de 1970 e para os demais países, dados de 1971.

TABELA II

Coeficiente de Mortalidade Infantil em
Alguns Países e em Algumas Capitais
Brasileiras em 1973
(por mil nascidos vivos)

PAÍSES	COEFICIENTES
SUÉCIA	9,9
ESTADOS UNIDOS	17,6
UNIÃO SOVIÉTICA	26,4
URUGUAI	48,6
MÉXICO	51,9
PORTO ALEGRE	54,8
SÃO PAULO	89,1
BELO HORIZONTE	124,8
RECIFE	229,9

FONTES: World Health Statistics Annual, Vol.I, 1973-1976.

Anuário Estatístico do Brasil

Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo

Extraído de Soares (1977).

Yunes e Ronchezal (1974) levantaram dados anuais do índice de mortalidade infantil para as diversas capitais brasileiras de 1941 a 1970, apresentados na Tabela III. Estes dados mostram que em geral houve uma acentuada queda no período 1940-1960, ocorrendo a partir de então diminuições percentuais bastante reduzidas, chegando mesmo a aumentar em várias regiões do país.

Os autores mostram que a mortalidade infantil no Brasil apresentou um acentuado aumento entre 1962 e 1970, passando de 94,6 para 108,7 óbitos de menores de um ano para cada mil nascidos vivos, o que representa um acréscimo de 15% em um período de 8 anos.

Este aumento no índice de mortalidade infantil relaciona-se com o decréscimo dos salários reais no período e outros fatores como alimentação e saneamento básico. A deterioração da situação econômica nestes 10 anos (1960-1970), acompanhada de um aumento na concentração da renda e declínio de 30% no salário mínimo real, levou a uma progressiva piora nos níveis de saúde.

O caso de Recife é especialmente grave: seu coeficiente de mortalidade infantil elevou-se de 125,6 por mil em 1964 para 205,7 por mil em 1970 e para 229,9 por mil em 1973, com um assustador incremento percentual de 83% em menos de 10 anos.

Saboia (1975), com a finalidade de testar o efeito da piora do nível de vida (decréscimo do salário mínimo real) no índice de mortalidade infantil no Município de São Paulo, utilizou o modelo de média móvel de Box e Jenkins. Escolhendo o Município de São Paulo pela relativa confiabilidade de seus dados desde o início do século, analisou a mortalidade infantil em 2 períodos distintos: 1920-1961 e 1962-1975. Uma comparação das

TABELA III

MORTALIDADE INFANTIL
- Brasil 1941-1970 -

Ano	Mortalidade infantil (por 1000 nasc.vivos)
1941	202,33
42	190,21
43	185,25
44	188,55
45	170,20
46	162,71
47	142,90
48	145,42
49	149,59
1950	136,64
51	151,48
52	137,19
53	139,99
54	124,88
55	144,05
56	142,59
57	131,33
58	139,95
59	118,65
1960	105,23
61	102,64
62	94,61
63	109,42
64	102,41
65	101,07
66	98,03
67	105,88
68	89,62
69	91,21
1970	108,68

in: Yunes & Ronchezel (1974).

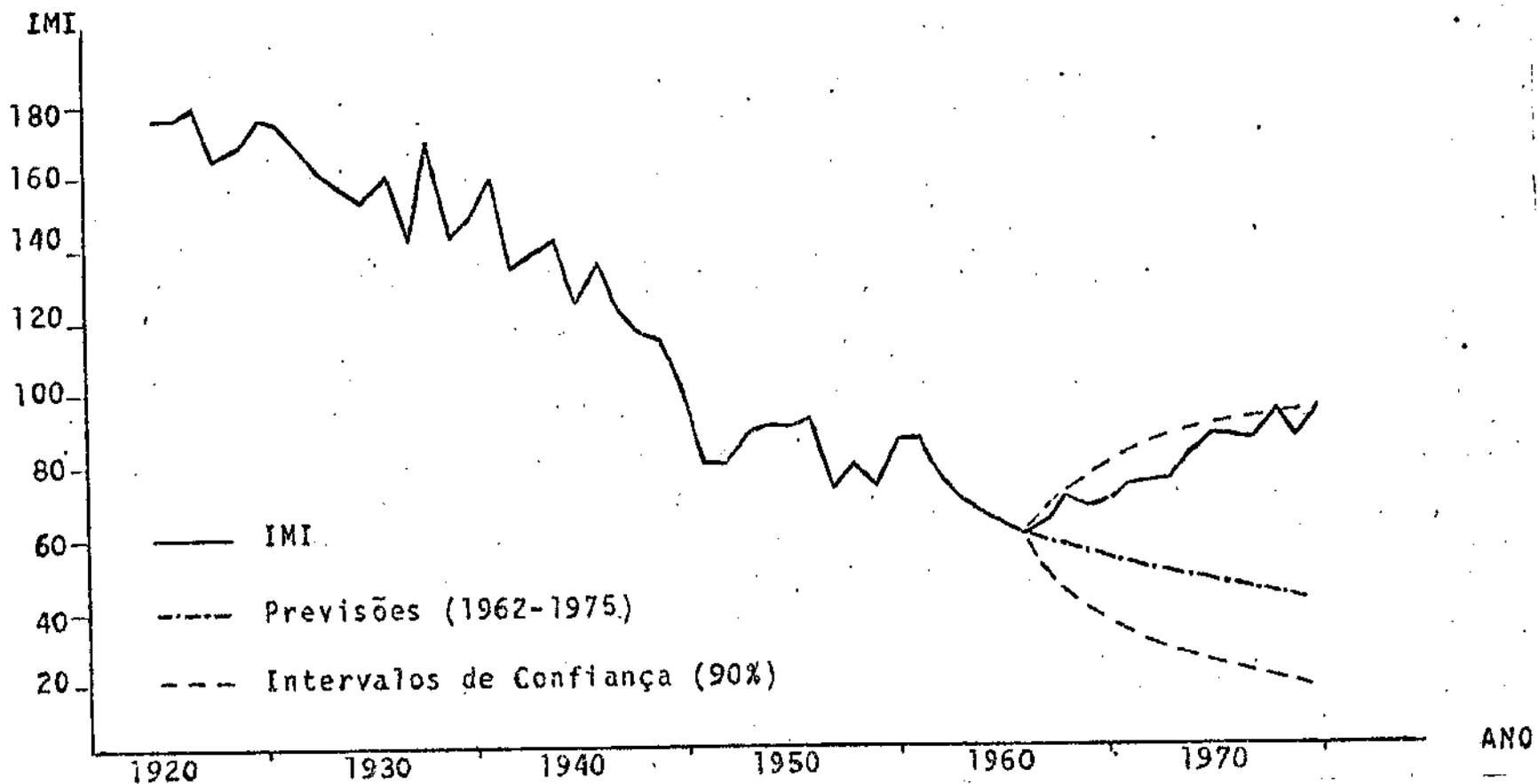
previsões do primeiro período para o segundo, mostrou que a partir de 1962 houve uma mudança no processo que descreve o índice de mortalidade infantil no município. Utilizando em seguida a análise de intervenção de Box e Tiao, o autor conclui que o efeito da "intervenção" foi um aumento anual de 5% a partir daquele ano. Isto sugere, segundo Saboia, que uma parcela considerável do aumento deste indicador no Brasil, particularmente no município de São Paulo, pode ser explicada pela piora do nível de vida da população verificada nos últimos anos. O Gráfico 1, elaborado pelo autor, mostra como a evolução da mortalidade infantil a partir de 1962 afastou-se das previsões realizadas com base no período anterior.

Em seu conhecido trabalho onde correlaciona as variações na mortalidade infantil em São Paulo com as variações do salário-mínimo real, Leser (1975) mostra que na década de 60 a proporção da população que vivia em condições mais desfavoráveis não só aumentou como teve, também, sua capacidade aquisitiva reduzida. Com base nos valores médios anuais do salário mínimo real no município de São Paulo para o período 1952-1970, apresentados na Tabela IV, o autor elaborou o gráfico correspondente (Gráfico 2). Segundo Leser, este gráfico evidencia o relacionamento entre as variações na mortalidade infantil e o salário como um dos elementos que compõem o complexo que designou por "condições de vida". Conclui que como a redução no salário mínimo real acaba prejudicando quantitativa e qualitativamente as condições de alimentação, a desnutrição representa fator predisponente e agravante das doenças infecciosas, aumentando-lhes substancialmente os coeficientes de morbidade e mortalidade, além de poder constituir causa direta de morte.

A mortalidade infantil no Brasil ocorre assim por causas evitáveis

GRÁFICO 1

Índice de Mortalidade Infantil (IMI) no Município de São Paulo
(1920-1975)



Fontes de Dados: João Yunes e Vera S.C. Ronchezal(1974)ªSeção de Estatísticas Demográficas do Departamento de Estatística do Estado de São Paulo.

Obs.: As previsões para o período 1962-1975 são obtidas tomando-se os antilogaritmos das previsões do modelo ARIMA (Ver Saboia,1975). O IMI é igual ao número de óbitos de crianças menores de 1 ano de idade por 1000 nascidos vivos.

Extraído de Saboia (1975).

TABELA IV

VALORES MÉDIOS ANUAIS DO SALÁRIO MÍNIMO REAL.
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1952-1970.

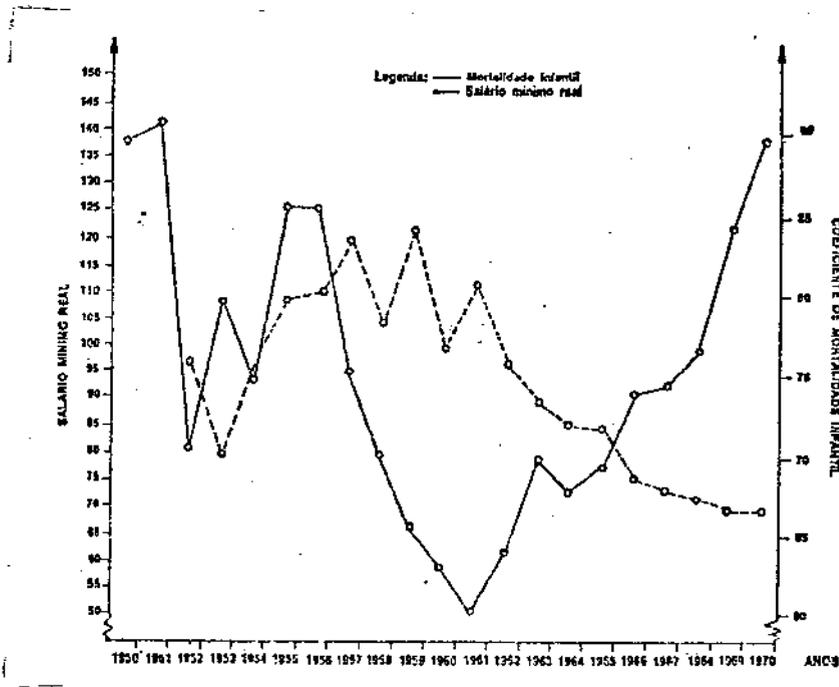
Ano	Salário mínimo real ⁽¹⁾
1952	97
1953	80
1954	97
1955	109
1956	111
1957	120
1958	105
1959	122
1960	100
1961	113
1962	97
1963	90
1964	86
1965	85
1966	76
1967	74
1968	72
1969	70
1970	70

Fontes dos dados básicos: Anuário Estatístico do Brasil (1970) e Departamento de Estatística da Bolsa de Mercadorias de São Paulo. in Leser (1975).

(1) Dados semelhantes quanto à evolução do salário mínimo real no período podem ser encontrados em Souza e Baltar (1979), elaborados por Malusá, Ajona, Medeiros e Cechin e deflacionados com base no índice de custo de vida da Fundação Getúlio Vargas. Ver também Suplicy(1977).

GRÁFICO 2

MORTALIDADE INFANTIL (POR 1.000 NASCIDOS VIVOS) E SALÁRIO MÍNIMO REAL MUNICÍPIO DE SÃO PAULO 1950 - 1970



FONTE: Extraído de Leser (1976).

associadas à desnutrição e à falta de saneamento. Como mostra Nelson Chaves⁽¹⁾, consultor científico do Instituto de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco, "há relação direta e estreita entre nutrição e doenças infecciosas, inclusive as parasitárias (...). O desnutrido é um indivíduo com imunidade reduzida e, portanto, vulnerável às infecções, principalmente as crianças (...). O sarampo, por exemplo, é uma doença benigna, mas se torna fatal entre os desnutridos, que demonstram já no primeiro ano de vida uma deficiência física e mental irreversível".

Segundo dados da Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância (1973), realizada de junho de 1968 a maio de 1970 pela Organização Pan-Americana de Saúde e destinada a investigar as causas e circunstâncias da mortalidade infantil, a desnutrição aparece como causa básica ou associada em 28% dos óbitos de menores de 1 ano da Grande São Paulo e de quase 40% dos óbitos no Recife. A Tabela V mostra as percentagens dos óbitos de crianças com menos de 1 ano em que a desnutrição e a diarreia figuravam como causa básica ou associada.

Comentando os resultados da pesquisa realizada pela OPAS, Leser (1975) observa que estes foram subestimados, uma vez que na área de São Paulo o estudo abrangeu apenas o 1º distrito, não sendo incluídos os outros sete distritos, localizados na zona periférica cuja população - submetida às precárias condições de vida da periferia - representa cerca de 12% do total do Município.

Ainda assim, das 13 cidades latino-americanas pesquisadas pela

(1) Entrevista publicada no Jornal do Brasil de 21.4.74 e citada por Bandeira (1975).

TABELA V

PERCENTAGENS COM QUE A DEFICIÊNCIA NUTRICIONAL E A DIARRÉIA ENTRAM, COMO CAUSA BÁSICA OU ASSOCIADA, NA MORTALIDADE INFANTIL, NA MORTALIDADE NEONATAL E NA MORTALIDADE PÓS-NEONATAL. SÃO PAULO (1º DISTRITO), RECIFE E SÃO FRANCISCO (E.U.A.). INVESTIGAÇÃO INTERAMERICANA DE MORTALIDADE NA INFÂNCIA, 1968-1970

Áreas	Deficiência Nutricional			Diarréia		
	Mortalidade infantil	Mortalidade neonatal	Mortalidade pós-neonatal	Mortalidade infantil	Mortalidade neonatal	Mortalidade pós-neonatal
São Paulo	28,0% (N = 3788)	5,5% (N = 1958)	52,1% (N = 1830)	42,9% (N = 3788)	24,7% (N = 1958)	62,4% (N = 1830)
Recife	38,9% (N = 2773)	3,9% (N = 1073)	61,1% (N = 1700)	52,5% (N = 2773)	17,1% (N = 1073)	74,9% (N = 1700)
São Francisco	3,3% (N = 209)	0,0% (N = 147)	11,3% (N = 62)	4,8% (N = 209)	1,4% (N = 147)	12,9% (N = 62)

Extraído de Leser (1975).

OPAS, só 4 apresentaram dados mais elevados do que São Paulo, sendo que uma delas, Recife, também é brasileira.

Segundo depoimento do principal responsável pelo levantamento da OPAS, professor Ruy Laurenti:

"O que acontece em São Paulo só ocorre em regiões onde há falta de saneamento e intensa desnutrição. Doenças como o sarampo e a coqueluche são meros executores de uma sentença - e atingem crianças já condenadas. As campanhas de vacinação, nesse caso, podem apenas adiar a execução ou mudar o carrasco."(2)

Considerando-se por outro lado que a desnutrição constitui fator predisponente às infecções, as condições precárias de saneamento básico agravam ainda mais este quadro. A ausência de saneamento básico é assim um dos mais importantes determinantes do atual quadro sanitário brasileiro, como vemos na Tabela VI .

Inquérito realizado pelo Ministério da Saúde em pequenas localidades do interior do país e publicado em 1973⁽³⁾, revelava que:

a) somente 28,8% estavam ligadas à rede de abastecimento de água e 5,5% à de esgotos sanitários.

b) cerca de 70% dos domicílios não possuíam banheiros, 74% não dispunham de lavatórios e 40% não tinham privadas.

c) mais do que isto, 74,7% das escolas não dispunham de bebedouros, 48,7% de lavatórios, 58,3% de filtros e 26,8% de privadas higiênicas.

(2) Citado por Cupertino (1976).

(3) Ministério da Saúde - Política Nacional de Saúde, 1973.

A mesma publicação do Ministério da Saúde observa que em decorrência destas precárias condições de saneamento, a mortalidade por enterites e outras doenças diarréicas representa no Brasil em média de 5 a 13% do total de óbitos - como causa declarada - conforme a região.

TABELA VI

Mortalidade por enterites e
outras doenças diarréicas
Brasil - 1973

	por 100 mil
Norte	78,0
Nordeste	138,0
Centro-Oeste	98,5
Sudeste	43,0
Sul	45,0

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE - Política Nacional de Saúde, 1973.

Este elevado índice de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias é determinado em boa parte pelas precárias condições de saneamento do país, como mostram as tabelas VII e VIII.

Analisando este problema em seu trabalho de pesquisa realizado na Bahia, Araújo (1973) observou uma estreita relação entre a queda no coeficiente de mortalidade infantil de Salvador e a expansão dos serviços de abastecimento de água, a partir da entrada em funcionamento da adutora do Rio Joanes e da Estação de Tratamento da Bolandeira. O coeficiente de mortalidade infantil de Salvador, que andava perto dos 150 por

TABELA VII

POPULAÇÃO TOTAL (URBANA E NÃO URBANA)SERVIDA
 POR ÁGUA E ESGOTOS
 SANITÁRIOS
 BRASIL - 1970 e 1977

POPULAÇÃO (MILHÕES)	1970	%	1977	%
POPULAÇÃO SERVIDA POR ÁGUA	26,0	28	46,4	41
POPULAÇÃO SERVIDA POR ESGO- TOS SANI- TÁRIOS	13,6	14	22,3	20
POPULAÇÃO TOTAL	92,7	100	113,2	100

FONTES: IBGE, Anuário Estatístico 1972.

IPEA, Relatório de Pesquisa nº 37, 1977.

BNH - Pires, I.M. - O atual Estágio do PLANASA, 1977.

TABELA VIII

SITUAÇÃO DO SANEAMENTO BÁSICO NAS ZONAS URBANAS
BRASIL - 1970

	População urbana <u>ser</u> vida pela rede geral de água	População urbana com rede sanitária e fossa séptica
Amazonas	50,24	22,86
Pará	47,17	20,81
Maranhão	28,85	13,09
Piauí	26,65	14,19
Ceará	16,00	18,70
R.Gr.do Norte	33,79	22,43
Paraíba	34,30	18,89
Pernambuco	37,97	24,90
Alagoas	37,99	26,25
Sergipe	39,56	26,80
Bahia	35,34	20,67
Minas Gerais	57,17	42,14
Espírito Santo	66,44	45,05
Rio de Janeiro	54,58	47,23
Guanabara	82,17	73,16
São Paulo	67,07	58,23
Paraná	39,06	32,86
Sta.Catarina	35,94	32,91
R.Gr.do Sul	60,72	46,12
Mato Grosso	43,52	22,91
Goiás	24,62	25,81
Distrito Federal	69,24	48,09
Brasil	54,09	43,35

FONTE DOS DADOS BRUTOS: Censo Demográfico de 1970, IBGE.

mil nascidos vivos no início da década de 60, caiu para pouco mais de 70, em 1968. Ao mesmo tempo, os óbitos em consequência de doenças diarréicas tiveram sua participação reduzida de mais de 66% para menos de 27% do total.

A discussão sobre o grau de interferência do saneamento básico sobre a mortalidade infantil veio novamente à tona quando se observou em São Paulo, a partir de 1974, considerável declínio neste coeficiente. Conforme publicação da Secretaria de Estado da Saúde (1978), a maior contribuição para o declínio da taxa de mortalidade infantil coube às doenças infecciosas e parasitárias, cuja decrescente participação nas causas dos óbitos de menores de 1 ano reduziu significativamente aquele indicador no quadriênio, como vemos na Tabela IX. Em 1977, o coeficiente de mortalidade infantil para o Estado de São Paulo foi de 69,47 por mil nascidos vivos. Esta taxa representou, em relação a 1976, quando se registrou o coeficiente de 78,46 por mil, a redução de 9 óbitos em cada grupo de mil crianças, conforme vemos no gráfico 3 elaborado com base nos dados da Secretaria de Economia e Planejamento do Estado.

Várias hipóteses foram levantadas para explicar este declínio, tais como a diminuição do fluxo migratório para o Estado, a intensificação da suplementação alimentar oferecida pelos postos de saúde e o aumento da cobertura vacinal no primeiro ano de vida. As duas hipóteses mais fortes, contudo, são associadas ao salário e ao saneamento básico. (4)

Com relação ao salário, os dados colhidos pelo DIEESE (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos) divulgados pela Secretaria de Economia e Planejamento do Estado (Boletim de Dados Conjunturais, 1978) mostram que no ano de 1977, o comportamento

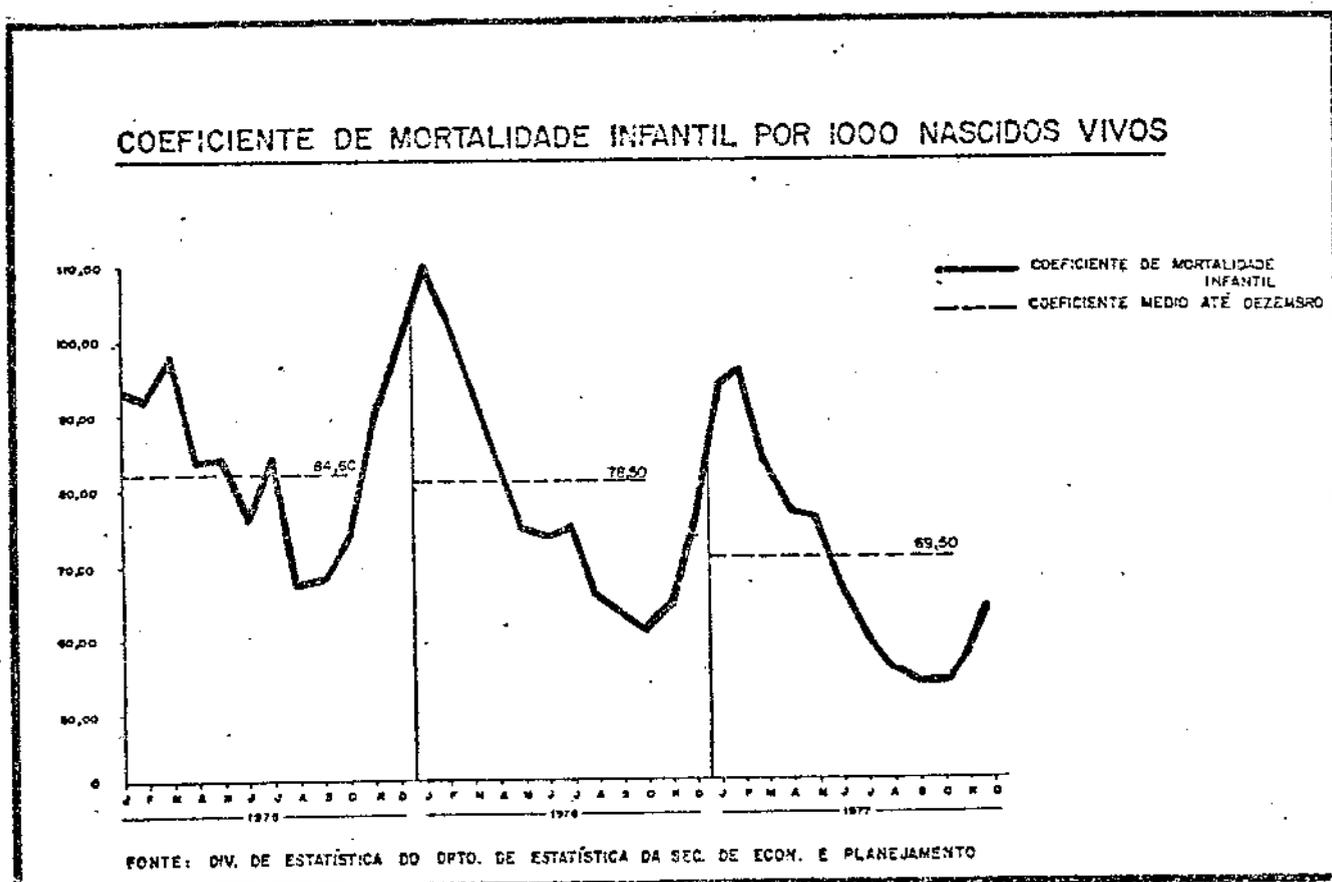
(4) Uma variável pouco discutida e que merece ser considerada diz respeito à intensificação dos registros de nascimento no período, estimulada pelos órgãos governamentais, em particular pela LBA.

TABELA IX
EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL POR CAUSAS
SÃO PAULO CAPITAL
1976, 1977 e 1978

CAUSAS	Janeiro 1976	Janeiro* 1977	Janeiro** 1978
Doenças infecciosas e Parasitárias	43,76	39,89	20,47
Doenças das Glândulas Endócrinas , Nutrição e Metabolismo.....	5,53	4,05	1,55
Doenças do Sistema Nervoso e Ór - gãos do Sentido.....	1,78	0,80	1,23
Doenças do Aparelho Respiratório..	22,27	19,29	12,59
Doenças do Aparelho Digestivo.....	0,46	0,63	0,27
Doenças do Aparelho Gênito-Uriná - rio.....	0,40	0,23	0,05
Infeções da Pele.....	0,11	0,17	0,11
Anomalias Congênitas.....	4,20	3,20	3,54
Perinatais.....	19,05	18,27	18,59
Acidentes, Violências.....	0,58	0,68	0,38
Outras Causas.....	0,92	1,77	0,86
Causas Mal Definidas.....	5,30	4,74	3,05
TOTAL	103,48	93,82	62,69
<p> FONTE: Movimento do Registro Civil do Estado de São Paulo (dados de- finitivos por ocorrência); * Resultados preliminares do Regis- tro Civil, 1977 e 1978, levantamento feito pelo GEADE. </p>			

Extraído de publicação da Secretaria de Saúde do Estado "Saúde", a gosto - setembro de 1978.

GRÁFICO 3
ESTADO DE SÃO PAULO
1975 - 1977



Extraído de publicação da Secretaria de Saúde do Estado - "Saúde", agosto-se-
tembro de 1978.

do indicador representado pela parcela do salário-mínimo necessária para aquisição da chamada ração mínima diária foi um pouco melhor do que nos anos anteriores.

Por outro lado, considerando-se que a maior contribuição para o declínio no coeficiente coube às doenças infecciosas e parasitárias, com grande preponderância da mortalidade por diarreia, pode-se supor que a significativa elevação no período considerado do índice de população abastecida pela rede de água, através de ligações domiciliares gratuitas, foi um fator de considerável peso na diminuição da mortalidade infantil no município.

Tendo-se em conta, portanto, que as condições precárias de salário, nutrição e saneamento encontram-se estreitamente relacionadas, é difícil isolar o efeito de cada uma destas variáveis sobre a mortalidade infantil. Ao nosso ver, esta dificuldade, longe de se constituir em um obstáculo à pesquisa, contribui apenas para apontar a necessidade de se compreendê-las de maneira integrada, à luz das condições gerais de vida de uma população, que se expressam nos chamados indicadores de saúde.

Além do coeficiente de mortalidade infantil, que como vimos é considerado o mais sensível índice das condições de vida de uma população, temos outros indicadores igualmente expressivos da situação sanitária no Brasil.

Yunes e Ronchezel (1974) levantaram os coeficientes de mortalidade geral e mortalidade proporcional para as diversas capitais brasileiras no período 1941-1970, apresentados na Tabela X .

Comparando-se os índices de mortalidade infantil, geral e proporcional levantados por Yunes e Ronchezel para as capitais brasileiras com

os mesmos dados para o município de São Paulo, levantados pelo Departamento de Estatística do Estado citados por Leser (1975), podemos observar o quão distante o município de São Paulo está do resto do país, por mais precárias que sejam as condições de vida de sua população.

TABELA X-

COMPARAÇÃO ENTRE OS INDICADORES
DE MORTALIDADE PARA O BRASIL
E SÃO PAULO

Ano	Mortal. Infantil		Mortal. Geral (1)		Mortal. Proporcional (2)	
	Brasil	S. Paulo	Brasil	S. Paulo	Brasil	S. Paulo
	por mil		por mil		por cem	
1950	136,64	89,71	14,45	10,13	26,67	38,7
1951	151,48	91,47	15,21	10,29	28,92	
1952	137,19	71,00	13,92	9,25	28,36	
1953	139,99	79,16	14,14	9,40	30,55	
1954	124,88	79,72	14,60	9,41	31,99	
1955	144,05	86,51	13,26	9,67	32,11	
1956	142,59	86,38	14,42	9,62	31,77	
1957	131,33	75,54	14,79	9,12	31,50	
1958	139,95	70,21	14,20	8,34	32,70	
1959	118,66	65,42	12,36	8,58	30,26	
1960	105,23	62,94	11,36	8,53	29,20	45,1
1961	102,64	60,21	10,96	8,29	29,36	
1962	94,61	64,42	10,78	8,82	29,59	
1963	109,42	69,90	11,16	8,91	31,04	
1964	102,41	67,75	10,48	8,53	30,64	
1965	101,07	69,38	10,23	8,29	30,41	
1966	98,03	73,80	9,87	8,42	20,18	
1967	105,88	74,31	9,52	8,22	28,80	
1968	89,62	76,61	9,44	8,57	24,67	
1969	91,21	84,34	9,18	8,55	26,44	
1970	108,68	89,46	10,12	8,65	32,32	47,0

FONTES: (1) BRASIL - dados das capitais brasileiras por Yunes, J. e Ronchezel, V. (1974)

(2) Dados para o município de São Paulo - Departamento de Estatística do Estado, in Leser, W. (1975).

NOTA: (1) Leser (1975) observa que sendo o coeficiente de mortalidade geral muito influenciável pela composição da população e não havendo dados fidedignos quanto a essa composição para o ano censitário de 1960, é difícil formar juízo válido sobre a evolução desse coeficiente.

(2) Razão de mortalidade proporcional ou Indicador de Swaroop-Uemura, que considera a percentagem de óbitos acima de 50 anos sobre o número total de óbitos. Utilizou-se os dados disponíveis para 1950, 1960 e 1970.

O coeficiente de mortalidade proporcional mais frequentemente usado, de Swaroop e Uemura, considera o percentual de óbitos acima de 50 anos.

Assim, em 1970 o coeficiente de mortalidade proporcional foi de 32,32% para o Brasil, com base nos dados das capitais. Isto significa que de cada 100 pessoas que morreram no país naquele ano, 67 desapareceram antes de completar 50 anos de idade, enquanto que num país como a Suécia, em 1968, este índice foi de 90%, ou seja, apenas 10 pessoas em 100 morreram naquele ano antes de completar 50 anos.

Leser (1975), tomando o indicador de mortalidade proporcional proposto pelo sanitarista brasileiro Néelson de Moraes, em 1939, calcula as percentagens, sobre o total de óbitos, dos verificados nos grupos etários: menores de 1, 1 a 4, 5 a 19, 20 a 49 e 50 e mais anos. Na Tabela XI o autor compara os valores calculados, para o município de São Paulo, referentes aos triênios 1949-1951, 1959-1961 e 1969-1971, acrescentando como ponto de referência, os da Suécia, em 1968. No gráfico 4 o autor representa as curvas de mortalidade proporcional construídas com os dados da Tabela XI, e nele observa-se que o padrão de mortalidade brasileiro ainda se encontra muito distante da curva em J, característica dos países com nível elevado de saúde.

Um outro bom indicador da precariedade das condições de saúde da população brasileira é a relação entre o número de óbitos de crianças com menos de 1 ano e o total de óbitos registrados, expresso pelo índice de mortalidade proporcional para menores de 1 ano, como vemos na Tabela XII. Como comenta Cupertino, (1976) "a persistência de índice superiores a 40% no triênio 1971-1973 deve chocar-nos muito mais do que o verdadeiro massa

TABELA XI

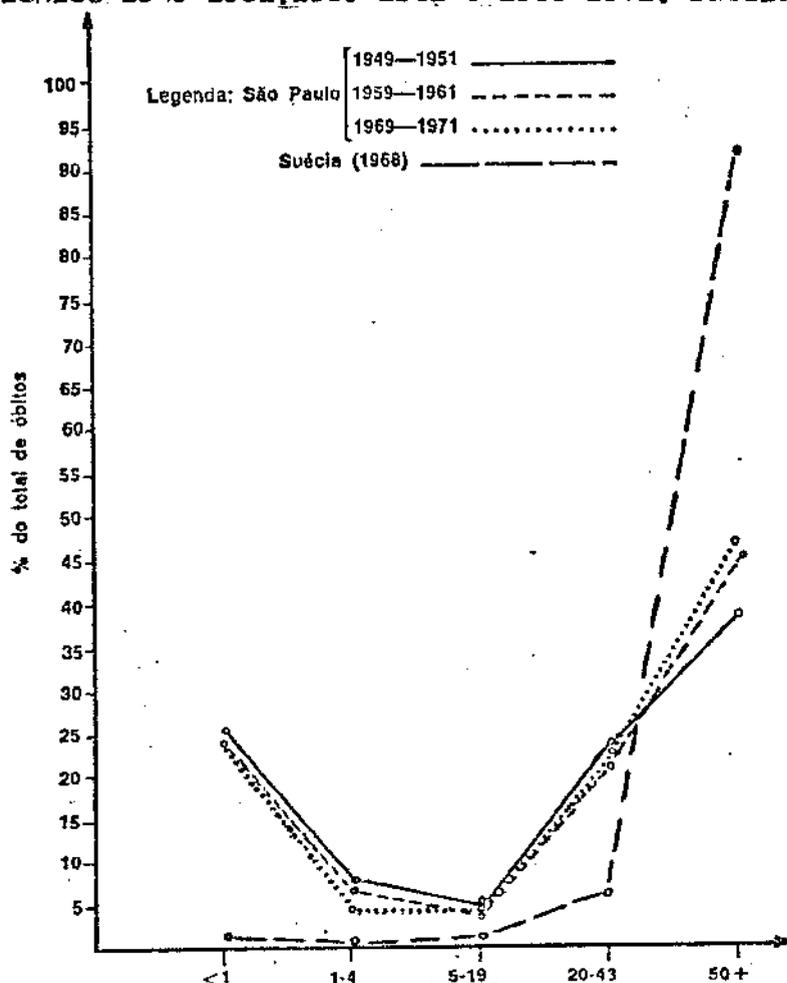
PERCENTAGENS, NO TOTAL DE ÓBITOS, DOS VERIFICADOS NOS GRUPOS ETÁRIOS: MENOS DE 1, 1 A 4, 5 A 19, 20 A 49 E 50 E MAIS ANOS. MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, NOS TRIÊNIOS 1949-1951, 1959-1961 E 1969-1971, E SUÉCIA, EM 1968.

Local e Época	Percentagens de óbitos por grupos etários				
	<1	1-4	5-19	20-49	50+
São Paulo:					
1949-1951	25,2	7,9	4,4	23,7	38,7
1959-1961	24,0	6,4	3,5	21,0	45,1
1969-1971	24,0	4,6	3,8	20,6	47,0
Suécia:					
1968	1,8	0,3	0,9	6,3	90,7

Fontes dos dados básicos: Departamento de Estatística do Estado e Anuário Demográfico das Nações Unidas (1970).
 Extraído de Leser (1975).

GRÁFICO 4

Curvas de mortalidade proporcional, Município de São Paulo, nos triênios 1949-1951, 1959-1961 e 1969-1971. Suécia, 1968.



Extraído de Leser(1975)

TABELA XII

MORTALIDADE PROPORCIONAL DOS ÓBITOS DE MENORES DE UM ANO - EM %
 (óbitos até 1 ano de idade sobre o total de óbitos)

	1951-1953	1961-1963	1971-1973
Manaus	38	38	30
Belém	24	27	25
São Luis	28	32	30
Teresina	34	36	36
Fortaleza	53	52	43
Natal	56	47	43
João Pessoa	42	41	40
Recife	40	36	32
Maceió	41	38	40
Aracajú	33	36	12
Salvador	29	34	32
Belo Horizonte	28	27	28
Vitória	17	24	29
Niterói	21	20	25
Rio de Janeiro	20	16	18
São Paulo	26	24	25
Curitiba	26	28	26
Florianópolis	28	25	29
Porto Alegre	23	23	18
Cuiabá	20	23	29
Goiânia	28	22	28
Brasília	-	50	41

FONTE: Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística da Saúde

Extraído de Cupertino (1976).

-cre de crianças que significam os índices superiores a 50% de Fortaleza e Natal no início da década de 50, ou de Brasília no início da de 60. (...) É preciso assinalar que num país de população 'velha' como a Suécia, a mortalidade proporcional das crianças de até 1 ano de idade no total de óbitos não chega a 2%; e, num país relativamente 'jovem' como o Japão, ela já tinha baixado a cerca de 8% no final da década de 50, depois de uma longa estabilidade em torno de 20% desde o início do século até a Segunda Guerra Mundial".

Um outro indicador das condições de saúde de uma população é a esperança de vida ao nascer. As estimativas oficiais para o início da década de 70 indicam que a esperança média ao nascer esteja, no Brasil, um pouco acima dos 60 anos. Há indicações, contudo, de que este dado esteja superestimado, para o país como um todo, estando mais próximo dos dados para a capital paulista:

TABELA XIII

ESPERANÇA DE VIDA, OU VIDA MÉDIA, EM ALGUMAS IDADES, NOS TRIÊNIOS 1949-1951, 1959-1961 E 1969-1971 E DIFERENÇAS EM PERÍODOS SUCESSIVOS. MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.

Idade	Triênios			Diferenças	
	1949-1951 (A)	1959-1961 (B)	1969-1971 (C)	B-A	C-B
0	57,52	62,38	60,83	+4,86	-1,55
10	56,12	59,03	58,32	+2,91	-0,71
20	46,96	49,59	48,90	+2,63	-0,69
30	38,35	40,52	39,85	+2,17	-0,67
40	30,06	31,59	31,31	+1,63	-0,38
50	22,27	23,63	23,27	+1,36	-0,36
60	15,52	16,59	16,19	+1,07	-0,40
70	9,89	10,88	10,55	+0,99	-0,33
80	5,84	6,93	6,77	+1,09	-0,16

Fonte: Departamento de Estatística do Estado.

Ao analisar tais dados, Leser (1978) faz uma referência ao estudo de Gabaldon (1961) que, estudando os valores da esperança de vida ao nascer em países desenvolvidos, estabeleceu uma escala de seis estágios, cada uma abrangendo valores que eram encontrados nesses países nas seis primeiras décadas do século. A escala de Gabaldon permite, a partir do valor calculado para a população de um país em desenvolvimento, determinar a que década corresponde e avaliar o grau de atraso das condições de saúde da área, conforme o quadro abaixo:

TABELA XIV

ESTÁGIOS DE DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE PÚBLICA,
SEGUNDO GABALDON

Estágio	Década	Esperança de vida ao nascer (anos)
I	1900-1909	50,0-54,9
II	1910-1919	55,0-59,9
III	1920-1929	60,0-62,4
IV	1930-1939	62,5-64,9
V	1940-1949	65,0-67,4
VI	1950-1959	67,5-69,9

Confrontando os dados da esperança de vida ao nascer para São Paulo com a escala de Gabaldon, Leser mostra que enquanto durante a década dos anos cinquenta passamos do estágio II para o estágio III, aproximando-nos do IV, na seguinte quase voltamos para o II. Conclui assim que, em termos da avaliação de Gabaldon, aumentou de 10 anos na década de 60 o nosso grau de atraso nas condições de saúde.

Dados mais recentes (PNAD-1976, do IBGE), referidos por Madeira (1978), chefe do Departamento de Estudos de População do IBGE, mostramos seguintes resultados para a esperança de vida ao nascer, segundo a faixa de salário:

TABELA XV

ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER

SEGUNDO A FAIXA SALARIAL

Menos de 1 salário mínimo	55,4 anos
Entre 1 e 2 salários mínimos	59,6 anos
Entre 2 e 5 salários mínimos	64,2 anos
Mais de 5 salários mínimos	69,8 anos
Conjunto	60,8 anos

FONTE: IBGE, PNAD-1976.

Verifica-se assim como as condições de vida, refletidas através do salário, aumentam em mais de 14 anos a média da duração da vida entre o primeiro e o último grupo.

*

A saúde não é portanto um "setor". Está diretamente relacionada com as condições de vida e de trabalho de uma população, tendo pouco a ver com a Medicina. Como já mostrou exaustivamente a literatura científica sobre o assunto - Illich(1975); Letourmy e Gibert (1974); Stallones (1971); Auster et al.(1969); Stewart Jr.(1971), dentre outros - as políticas médico-sanitárias têm uma influência mínima sobre os indicadores de morbidade e mortalidade, na medida em que não podem atuar sobre a verdadeira causa dos problemas, ou seja - no caso brasileiro - as precárias condições de vida da maior parte da população.

Condicionantes do padrão de morbidade e mortalidade, tais fatores - na impossibilidade de serem submetidos a uma intervenção social - acabam transformando a assistência médica, que deveria ser uma atividade secundária, em uma necessidade premente, gerando uma demanda crescente para os serviços de saúde.

Diante deste quadro, nosso corte conceitual entre Medicina e Saúde encontra uma clara correspondência ao nível da própria Política de Saúde no Brasil. Esta dicotomia entre saúde "individual" e "coletiva", sempre presente na política sanitária brasileira, estabelece uma nítida fronteira entre as intervenções sobre a população trabalhadora e as intervenções sobre a população em geral.

Assim, de acordo com a própria Lei do Sistema Nacional de Saúde, estabelece-se uma divisão interinstitucional do trabalho do setor público

em saúde, cabendo ao Ministério da Saúde as medidas de alcance coletivo, destinadas à população em geral, a cujo padrão de morbidade e de mortalidade acabamos de nos referir, e ao Ministério da Previdência e Assistência Social - que responde pela maior parte dos recursos no setor, ... como mostraremos a seguir - as medidas de alcance individual, de caráter assistencial e curativo, destinadas à população trabalhadora previdenciária.

Vimos que o padrão de morbidade e mortalidade da maior parte da população brasileira exige, por sua própria natureza, medidas sanitárias realmente eficazes de alcance coletivo, as quais, pela Lei do Sistema Nacional de Saúde (6.229/75), encontram-se teoricamente sob a responsabilidade do Ministério da Saúde.

Contudo, quando analisamos o montante de recursos públicos destinados ao setor - irrisório diante do dramático quadro sanitário que acabamos de analisar - vemos que este problema não se constitui efetivamente em prioridade social, conforme atestam as Tabelas XVI, XVII e XVIII, que se seguem.

TABELA XVI
PARTICIPAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO
ORÇAMENTO DA UNIÃO

ANO	ORÇAMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM % DO ORÇAMENTO DA UNIÃO
1961	4,57
1962	4,31
1963	4,10
1964	3,65
1965	2,99
1966	4,21
1967	3,44
1968	2,21
1969	2,58
1970	1,60
1971	1,32
1972	1,40
1973	0,91
1974	0,90

FONTE: Buss, Shiraiwa e Maranhão (1976).

TABELA XVII

PARTICIPAÇÃO DOS GASTOS COM SAÚDE
E SANEAMENTO NO TOTAL DA DESPESA
REALIZADA PELA UNIÃO⁽¹⁾, ESTADOS E
MUNICÍPIOS DAS CAPITAIS
BRASIL, 1970 - 1975

Em Cr\$ milhões de 1976

ANO	Despesa com Saúde e Sa- neamento	Total da Despesa União + Estados + Municípios	%
1970	6.552.749	52.418.355	12,5
1971	7.211.199	55.963.033	12,9
1972	8.456.361	78.463.973	10,7
1973	10.112.205	106.475.026	9,5
1974	10.484.455	149.835.472	7,0
1975	15.230.829	223.472.654	6,8

FONTES: Elaboramos esta Tabela comparando os dados da despesa total realizada, fornecidos pela Inspeção Geral de Finanças do Ministério da Fazenda e publicados no Anuário Estatístico 1978 do IBGE, com os dados de despesa com saúde e saneamento, do mesmo Ministério, publicados na Revista de Finanças Públicas e extraídos de Braga (1978).

(1) Ministério da Saúde, Ministério do Interior, Ministério do Trabalho, Ministério da Previdência e Assistência Social e outros órgãos da União que participam da despesa com a função Saúde.

TABELA XVIII

PARTICIPAÇÃO DOS GASTOS COM SAÚDE E SANEAMENTO
NO TOTAL DAS DESPESAS REALIZADAS PELA UNIÃO, ES-
TADOS E MUNICÍPIOS DAS CAPITAIS
BRASIL, 1970 - 1975

Cr\$ milhões de 1976.

ANOS	U N I Ã O (1)			E S T A D O S			M U N I C Í P I O S			TOTAL GERAL UNIÃO + ESTADOS + MUNICÍPIOS		
	GASTOS TOTAIS	GASTOS COM SAÚDE E SANEAMENTO		GASTOS TOTAIS	GASTOS COM SAÚDE E SANEAMENTO		GASTOS TOTAIS	GASTOS COM SAÚDE E SANEAMENTO		GASTOS TOTAIS	GASTOS COM SAÚDE E SANEAMENTO	
	A	B	(B/A) %	A	B	(B/A) %	A	B	(B/A) %	A	B	(B/A) %
1970	28.115.660 (53,6)	2.509.218 (38,3)	8,9	19.332.506 (36,9)	3.718.427 (56,7)	19,2	4.970.189 (9,5)	325.104 (5,0)	6,5	52.418.355 (100,0)	6.552.749 (100,0)	12,5
1971	26.142.517 (46,7)	2.563.685 (35,6)	9,8	23.505.725 (42,0)	4.219.843 (58,5)	17,9	6.314.791 (11,3)	427.671 (5,9)	6,7	55.963.033 (100,0)	7.211.199 (100,0)	12,5
1972	38.198.339 (48,7)	2.601.312 (30,8)	6,8	32.182.702 (41,0)	5.314.627 (62,8)	16,5	8.082.932 ^(*) (10,3)	540.422 (6,4)	6,6	78.463.973 (100,0)	8.456.361 (100,0)	10,7
1973	50.766.874 (47,7)	3.244.772 (32,1)	6,4	43.143.314 (40,5)	6.209.450 (61,4)	14,4	12.564.838 (11,8)	657.983 (6,5)	5,2	106.475.026 (100,0)	10.112.205 (100,0)	9,5
1974	71.749.814 (48,0)	3.271.675 (31,2)	4,5	61.877.017 (41,3)	6.548.087 (62,5)	10,6	16.208.641 ^(*) (10,8)	664.693 (6,3)	4,1	149.835.472 (100,0)	10.484.455 (100,0)	7,0
1975	103.838.692 (46,5)	3.697.859 (24,3)	3,5	90.116.120 (40,3)	9.466.721 (62,1)	10,5	29.517.842 ^(*) (13,2)	2.066.249 (13,6)	7,0	223.472.654 (100,0)	15.230.829 (100,0)	6,8

FONTE: Tabela elaborada a partir da desagregação dos dados da Tabela anterior.

Mais grave do que o parco volume de recursos dispendidos, tanto em termos absolutos quanto proporcionalmente ao total dos gastos públicos, é a clara tendência declinante que se observa quando se analisa a participação dos gastos com saúde nos gastos globais. Esta observação é válida tanto para os gastos do Ministério da Saúde como para os gastos da União como um todo, os Estados e os Municípios das Capitais.

Vemos, ao contrário, a maior parte dos recursos voltada para uma medicina individualizada, sintomática, curativa e de natureza essencialmente hospitalar, para a qual se destinam 90% dos recursos com assistência médica hoje no Brasil, transferidos para a rede privada através dos contratos com terceiros pelo INAMPS.

Deixando a questão da transferência dos recursos previdenciários ao setor privado para uma análise em maior profundidade no Capítulo III deste trabalho, quando examinaremos o que chamamos de "complexo previdenciário", interessa-nos agora dar, grosso modo, uma visão panorâmica da correspondência entre os cortes: população em geral/população trabalhadora, e saúde coletiva/ saúde individual.

Já no período 1965-1969, como mostra a Tabela XIX, as despesas relativas a medidas de saúde coletiva, que representavam em 1965 cerca de 42% do total de recursos passaram, em 1969, a absorver apenas 15% deste total, observando-se ao mesmo tempo um salto no volume de recursos destinados à assistência médica: de 58% do total em 1965 esta passa em 1969 a concentrar 85% dos gastos no setor.

Pode-se observar já neste período uma clara tendência à queda de participação da Administração Direta nos gastos públicos com saúde, assumindo a Administração Indireta uma importância crescente no setor: em

TABELA XIX

DESPESAS NO SETOR SAÚDE NO PERÍODO 1965-69

- BRASIL -

Cr\$ 1 000 000

Órgãos	Programas/Anos														
	Assistência Médica					Saúde Coletiva					Total				
	1965	1966	1967	1968	1969	1965	1966	1967	1968	1969	1965	1966	1967	1968	1969
INPS	179	184	649	860	1494	-	-	-	-	-	179	184	649	860	1494
GOV.FEDERAL	16	51	55	82	191	131	181	213	219	166	147	232	268	301	357
ESTADOS*	109	193	272	416	509	107	101	198	215	256	216	294	470	631	766
IPASE	24	32	45	58	72	-	-	-	-	-	24	32	45	58	72
FUNRURAL	-	-	9	3	67	-	-	-	-	-	-	-	9	3	67
TOTAL	328	460	1030	1419	2333	238	282	411	434	422	566	1042	1441	1853	2755

FONTES: IPEA/INPES e FGV/IBRE/CEF.

A série correspondente a gastos dos governos estaduais em saúde coletiva inclui gastos de administração geral da função uma vez que não foi possível obter o detalhe para os anos anteriores.

Extraído de Rezende da Silva (1974)

TABELA XX

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

-em milhões de cruzeiros de 1971.

FONTES DE RECURSOS	1968	%	1969	%	1970	%	1971	%
I- UNIÃO	646,8	17,7	538,7	11,7	633,3	12,8	622,0	11,6
1.Ministério da Saúde	460,4	12,6	388,1	8,5	329,0	6,8	285,1	5,3
2.Minist.do Interior	19,0	0,5	8,9	0,2	7,0	0,1	7,8	0,1
3.Minist.do Trabalho e Previd.Social	95,7	2,6	43,2	0,9	96,0	1,9	107,0	2,0
4.Outros Órgãos	71,7	2,0	98,5	2,1	201,3	4,0	222,1	4,2
II- ESTADOS	1.183,4	32,4	1.474,3	32,0	1.112,4	22,3	1.439,0	26,9
III- MUNICÍPIOS	208,5	5,7	225,9	4,9	*246,0	4,9	*249,0	4,6
IV - OUTRAS FONTES	1.610,6	44,2	2.369,2	51,4	2.992,3	60,0	3.029,0	56,9
1. Funrural	54,0	1,5	96,4	2,1	133,8	2,7	150,3	2,8
2. INPS	1.556,6	42,7	2.272,8	49,3	2.858,5	57,3	2.898,7	54,1
V- T O T A L	3.649,3	100,0	4.608,1	100,0	4.984,0	100,0	5.259,0	100,0
VI- P I B	175.788,4		191.688,3		209.548,9		*234.000,0	
VII-Despesas com a Função Saúde em relação PIB	2,1		2,4		2,4		2,3	
VIII-População em 1.000 habitantes	88.196,3		90.665,8		93.204,4		95.814,1	
IX- Cr\$ gastos com a Função Saúde por habitante	41,4		50,8		53,5		55,9	

FONTE: PAPPE, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

(*) dados estimados

Nos cálculos referentes à população foi utilizada a taxa média anual de crescimento demográfico de 2,8% verificada no decênio 1960/1970.

Extraído de Barat (1973).

1969, o INPS, o IPASE (hoje absorvido pelo INAMPS) e o FUNRURAL respondiam juntos por 70% dos gastos com assistência médica e 60% dos gastos globais do setor naquele ano.

A Tabela XX, apresentada em publicação do próprio Ministério da Saúde (1973), só vem reforçar os dados apresentados até aqui quanto à perda da participação relativa da União - e em particular do Ministério da Saúde - no conjunto das despesas do setor público com saúde. Esta Tabela chama a atenção para o fato de que do total de Cr\$ 56,00 per capita dispendidos em 1971 pelo Setor Público em Saúde, coube ao INPS, isoladamente, cerca de Cr\$ 30,00, enquanto ao Ministério da Saúde correspondia, apenas o montante aproximado de Cr\$ 3,00.

Como vemos na Tabela XXI, o INPS apresentou um considerável crescimento no período que se estende de 1963 a 1977, respondendo neste ano por cerca de 75% dos gastos globais no setor.

A Tabela XXII, embora só forneça dados até 1975, é, por outro lado mais completa, pois inclui os demais órgãos da União e os municípios das Capitais, enquanto que a anterior apresenta apenas os gastos de Administração Direta relativos ao Ministério da Saúde e aos Estados. Os dados desta última Tabela dão portanto uma idéia mais clara da participação de cada uma das fontes de custeio no gasto público com saúde no país. Apresenta contudo uma limitação, na medida em que inclui na função saúde as ações de saneamento, conforme determina a Lei 4.320. A maior participação dos gastos com saneamento no conjunto, quando se inclui os demais órgãos da União e os municípios das Capitais, certamente contribui para aumentar a participação dos gastos da Administração Direta em relação à Indireta. Assim, o peso dos gastos do INPS no conjunto da des

TABELA XXI
 GASTOS COM SAÚDE
 SEGUNDO FONTES
 BRASIL
 - ANOS SELECIONADOS -

(Cr\$ milhões de 1977)

ANO	TOTAL	Índice	F O N T E S							
			M.SAÚDE	Índice	INPS	Índice	FUNRURAL	Índice	ESTADOS	Índice
1963	8.535 (100,0)	100	2.411 (28,2)	100	2.809 (32,9)	100	-	-	3.315 (38,9)	100
1967	13.705 (100,0)	160	2.390 (17,5)	99	6.267 (45,7)	223	-	-	5.048 (36,8)	152
1970	19.661 (100,0)	230	2.927 (14,9)	121	11.828 (60,2)	421	-	-	4.906 (24,9)	148
1974	30.698 (100,0)	360	3.978 (13,0)	165	18.960 (61,8)	675	1.623 (5,2)	-	6.137 (20,0)	185
1977	47.127 (100,0)	552	5.314 (11,3)	220	34.992 (74,2)	1.245	3.196 (6,8)	-	3.625 (7,7)	109

FONTES: IPEA (25.8.76) - Dispendios em educação e saúde; FUNRURAL - Boletim Estatístico de 1978 e MINISTÉRIO DA SAÚDE - Relatório de Acompanhamento de 1977.

TABELA XXII
GASTOS COM SAÚDE⁽¹⁾
SEGUNDO FONTES
1970 - 1975

(Cr\$ milhões de 1977
Índice: 1971=100)

ANO	ADMINISTRAÇÃO DIRETA UNIÃO+ESTADOS +MUNICÍPIOS CAP.		ADMINISTRAÇÃO INDIRETA				T O T A L	
			INPS		FUNRURAL			
1970	9.213.841 (43,0)	91	12.212.139 (57,0)	99	-	-	21.425.981 (100,0)	93
1971	10.139.689 (44,0)	100	13.309.696 (53,2)	100	660.639 (2,8)	100	23.110.026 (100,0)	100
1972	11.890.516 (45,1)	117	13.582.615 (51,7)	110	867.521 (3,2)	131	25.340.652 (100,0)	114
1973	14.218.203 (43,8)	140	17.017.217 (52,4)	138	1.223.519 (3,8)	185	32.459.540 (100,0)	140
1974	14.742.225 (41,7)	145	18.677.843 (52,9)	152	1.884.268 (5,4)	285	35.304.337 (100,0)	153
1975	21.416.117 (43,5)	211	24.228.325 (50,1)	197	3.072.300 (6,4)	465	48.716.742 (100,0)	211

FONTE: MINISTÉRIO DA FAZENDA, Revista de Finanças Públicas, op.cit.

OBSERVAÇÕES: As pequenas diferenças observadas para os anos de 1970 e 1974 em relação aos dados apresentados para o INPS e FUNRURAL na Tabela anterior, devem-se a diferenças nos índices de preços utilizados. A diferença observada no total deve-se à não inclusão na Tabela anterior dos demais órgãos da União e dos municípios das capitais, cuja participação conjunta representa cerca de 13% no total de gastos públicos com a função.

(1) Nos dados de despesa da União, Estados e Municípios estão incluídas também ações relativas a saneamento, de acordo com a Lei 4.320.

pesa específica com saúde - excluindo-se o saneamento - é na verdade maior do que estes dados parecem indicar.

A aparente queda na participação relativa do INPS no período, segundo os dados da Tabela XXII para o período 1970-1975, contrasta com seu considerável crescimento na Tabela anterior. Isto deve-se certamente, como já ressaltamos, à inclusão de gastos com saneamento, cuja participação no conjunto de gastos é significativa, tratando-se portanto nas duas Tabelas de dados de natureza diversa.

Um outro aspecto importante a ser ressaltado refere-se às altíssimas taxas de crescimento do FUNRURAL, ainda que sua participação relativa no conjunto das despesas seja pequena. Este crescimento se dá a partir de 1972, quando este setor da Previdência Social começa efetivamente a atuar na área de assistência médica.

Embora no período 1963-1977 tenham quintuplicado os gastos com saúde em termos de volume de recursos - ainda que este aumento não tenha acompanhado o crescimento global dos gastos públicos, como vimos - a verdade é que esta expansão se deu na área de assistência médica, fundamentalmente como um resultado do crescimento do sistema previdenciário.

Ocorre assim uma total inversão das prioridades em termos sociais, concentrando-se de forma crescente, como vimos nas Tabelas XXI e XXII, a maior parte dos recursos com saúde - limitados à assistência médica individual - sobre a população previdenciária, composta em sua maioria por trabalhadores urbanos.

Ainda que transferidos em cerca de 90% ao setor privado, a cobertura dos recursos da Previdência Social com assistência médica abran

-ga teoricamente 55 milhões de pessoas, considerando-se os contribuintes e seus respectivos dependentes. Na verdade, como procuraremos mostrar com mais detalhe no Capítulo II, os recursos previdenciários com assistência médica privilegiam apenas uma parcela ainda mais reduzida desta população trabalhadora, que efetivamente consome os serviços oferecidos. Isto ocorre pelo considerável volume de demanda reprimida e pela heterogeneidade na distribuição dos recursos previdenciários por todo o país, o que acaba influenciando a cobertura e a qualidade dos serviços prestados.

De qualquer forma, mesmo considerando-se 55 milhões de previdenciários, a Tabela XXIII mostra a desigualdade na alocação de recursos públicos em saúde aos diferentes setores da população. Esta Tabela, elaborada a partir dos dados da Tabela XXI, mostra que mesmo estimando-se por cima a participação dos demais órgãos da União e dos municípios, a Administração Indireta respondia em 1977 por no mínimo 70% da despesa total com saúde no país, cobrindo teoricamente, menos de 50% da população. Os dados apresentados permitem visualizar claramente como os recursos tendem a se concentrar sobre a população trabalhadora previdenciária, deixando quase 60 milhões de brasileiros cobertos por menos de 30% dos recursos.

Por outro lado, apesar de sua utilidade para dar uma visão geral da alocação de recursos no setor, tais dados não chegam a expressar a verdadeira dimensão do problema. Isto porque além da Previdência não cobrir realmente seus 55 milhões de "beneficiários", boa parte das atividades da Administração Direta realiza-se também sobre previdenciários, havendo nesse sentido superposição de recursos sobre um mesmo setor da

TABELA XXIII

GASTO PÚBLICO EM SAÚDE
E POPULAÇÃO COBERTA
BRASIL - 1977

CATEGORIA	ADMINISTRAÇÃO DIRETA (Saúde Coletiva + Assist. Médica)	ADMINISTRAÇÃO INDIRETA (Assistência Médica)	TOTAL
GASTOS	8.939 (19,0) (29,5)*	38.188 (81,0) (70,5)*	47.127 (100,0)
POPULAÇÃO COBERTA	População não-previdenciária 58.208.500 (51,4)	População previdenciária 55.000.000 (48,6)	113.208.500

FONTES: Elaboramos esta Tabela a partir de dados do IPEA (25.8.76) - Dispendios em educação e saúde; do FUNRURAL - Boletim Estatístico de 1978 e do MINISTÉRIO DA SAÚDE - Relatório de Acompanhamento de 1977. Para os dados de população, utilizamos o IBGE, Anuário Estatístico de 1978.

(*) Estes percentuais são estimativas calculadas para incluir as demais despesas da Administração Indireta não consideradas nos dados de 1977 da Tabela - os municípios e demais órgãos da União. A estimativa realizada supõe que se manteve a participação destes gastos com relação ao total das despesas em 1974, que era de 13% naquele ano. Embora mais correto, este cálculo provavelmente subestima a participação da Administração Indireta no conjunto da despesa.

população, os trabalhadores urbanos. A concentração destes recursos é portanto bem maior do que os dados existentes permitem entrever.

Um bom exemplo é a precária cobertura nacional de uma atividade de baixo custo, como a imunização, cuja eficácia preventiva a torna essencial a qualquer programa de saúde pública. Em 1976, o próprio Ministro da Saúde lembrava que 50% da demanda hospitalar do Nordeste são resultantes de doenças perfeitamente evitáveis por vacinas. Ao mesmo tempo, centenas de doses de imunizantes importados foram inutilizadas por ter expirado o prazo de aplicação, pela falta de uma infra-estrutura sanitária que desse retaguarda ao programa de imunização. Os dados da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), apresentados na Tabela XXIV mostram a gravidade do quadro sanitário brasileiro. Em 1976, apenas 34,1% das crianças brasileiras menores de 1 ano foram vacinadas contra a poliomelite; 24,9% tomaram a tríplice; 29,2% a anti-sarampo e 22,9% a anti-variólica - a precariedade da cobertura é evidente, quando se considera que a Organização Mundial de Saúde prevê uma cobertura de 80% das crianças menores de 1 ano vacinadas com as cinco vacinas obrigatórias. Os dados mostram que em vários Estados brasileiros a cobertura é irrisória e em 1976 estava na faixa de 3 a 5% de crianças de menos de 1 ano vacinadas.

Em julho de 1978, as medidas tomadas pelos órgãos governamentais passaram a condicionar o recebimento do salário-família pelos trabalhadores segurados do INPS à apresentação do atestado de cinco vacinações obrigatórias de seus filhos menores. Embora louvável, esta medida compulsória atinge apenas a população trabalhadora segurada do INPS e tende a concentrar as atividades preventivas e de saúde pública sobre esta faixa da população. Não sendo acompanhada de uma maior do-

TABELA XXIV

COBERTURA DE IMUNIZAÇÕES NO BRASIL

Percentuais de crianças menores de 1 ano vacinadas (*) nas Unidades da Federação segundo tipos de antígenos
BRASIL, 1975 e 1976

Unidades da Federação	Antipoliomielite		Tríplice (DPT)		Anti-Sarampo		Antivaricélica	
	1975	1976	1975	1976	1975	1976	1975	1976
Rondônia	7,6	...	9,3	...	2,5	...	0,9	...
Acre	22,1	15,0	6,9	8,1	26,0	25,0	36,0	9,4
Amazonas	4,8	...	4,4	...	4,8	...	6,4	...
Roraima	10,2	33,4	13,2	16,2	10,3	20,2	5,0	13,0
Pará	...	14,5	15,8	16,3	...	...	17,7	19,8
Amapá	8,1	17,5	6,8	17,6	11,3	8,4	17,7	6,2
Maranhão	2,9	2,8	3,1	3,7	10,0	5,5	63,4	3,4
Piauí	9,8	17,1	11,3	10,0	7,4	8,6	7,8	18,3
Ceará	...	16,1	...	8,6	...	15,7	...	20,2
Rio Grande do Norte	8,9	13,5	9,4	11,6	8,5	14,5	11,2	36,9
Paraíba	5,2	13,0	4,8	11,4	24,6	14,3	7,3	7,0
Pernambuco	9,1	34,2	12,6	12,6	6,2	12,6	9,8	9,0
Alagoas	14,4	18,2	14,0	11,5	1,3	10,0	3,0	7,6
Sergipe	10,5	14,3	12,8	11,0	7,1	26,7	22,5	11,1
Bahia	...	...	...	...	5,3	6,6	8,3	14,6
Minas Gerais	...	...	...	...	...	...	...	...
Espírito Santo	27,0	29,6	19,2	28,9	12,4	36,3	28,2	30,2
Rio de Janeiro	...	30,9	...	25,9	...	20,8	...	20,2
São Paulo	71,0	84,5	57,8	64,7	64,5	69,3	78,8	50,7
Paraná	17,5	19,8	16,0	13,9	5,1	51,5	6,7	5,3
Santa Catarina	31,5	12,9	27,1	11,0	23,8	15,8	25,4	10,8
Rio Grande do Sul	56,6	58,6	45,9	56,6	31,1	57,1	42,9	44,1
Mato Grosso	...	30,3	...	5,2	...	12,6	...	19,4
Goiás	...	...	...	...	...	...	...	...
Distrito Federal	35,0	59,3	61,5	48,8	22,2	47,1	41,8	40,9
BRASIL	25,4	34,1	21,8	24,9	22,6	29,2	29,0	22,9

FDNTE: Boletim Epidemiológico da Fundação SESP, 1978. In Veja, 22/3/78

(*) Consideram-se vacinadas as crianças que receberam três doses de vacinas antipoliomielite e tríplice (DPT), uma dose de vacina anti-sarampo ou antivariólica.

tação de recursos ao restante da população brasileira, será certamente insuficiente em termos de saúde pública, condição esta agravada pela intensidade das migrações internas no país que aumentam a vulnerabilidade da população às epidemias.

A questão da vacinação ilustra bem as condições em que os recursos teoricamente voltados para a população em geral tendem a se concentrar sobre a população trabalhadora. A inexistência de um programa básico de saúde pública, cuja viabilidade está condicionada à estruturação em âmbito nacional de uma rede de postos de atenção primária integrando atividades preventivas e curativas, impede mesmo a realização de uma programação eficaz de imunizações, que se caracteriza pelo baixíssimo custo e elevado rendimento social.

De qualquer forma, pretendemos apenas por ora chamar atenção para o fato de que, embora concentrando a maior parte dos gastos públicos com saúde, o padrão de morbidade e mortalidade da população trabalhadora é bem distinto do que acabamos de descrever no início deste Capítulo para a população em geral. No padrão diagnóstico dos pareceres favoráveis aos auxílios-doença em manutenção, segundo dados do INPS para 1973, predominavam as seguintes doenças, como veremos na Tabela XXV: em primeiro lugar, as neuroses, em segundo as osteoartrites, em terceiro a hipertensão benigna, em quarto a epilepsia, em quinto a esquizofrenia e apenas em sexto a tuberculose pulmonar.

Os dados da perícia médica do INPS para 1975 confirmam esta tendência no que diz respeito tanto à incidência das doenças sobre os segurados ativos quanto à prevalência dos benefícios em manutenção sobre a massa de segurados ativos e inativos, conforme os dados das Tabelas XXVI e XXVII.

A dicotomia observada até aqui, tanto no padrão de morbidade

TABELA . XXV

PADRÃO DIAGNÓSTICO NOS PARECERES
FAVORÁVEIS NO AUXÍLIO - DOENÇA
EM MANUTENÇÃO
INPS - 1973

Código	Doença	%
300	1º - Neurose	12,3
713	2º - Osteoartrite	8,8
401	3º - Hipertensão benigna	8,8
345	4º - Epilepsia	5,7
295	5º - Esquizofrenia	5,0
011	6º - Tuberculose pulmonar	4,6
402	7º - D.card.hip.	4,5
378	8º - Outr.d.olho	2,0
303	9º - Alcoolismo	1,9
412	10º - D.isq.cr.cor.	1,8

FONTE: INPS . Amostragem CPD, de 01 a 07/73, constituída por 507.919 pareceres favoráveis.

Extraído de MPAS, Assistência Psiquiátrica na Previdência Social, 1975.

TABELA XXVI

Incidência Global⁽¹⁾ da Doença Incapacitante em 1975

(em por mil da massa segurada ativa do INPS)

<u>Doença</u>	<u>Brasil</u>	<u>Norte</u>	<u>Nor- deste</u>	<u>Sudeste</u>	<u>Sul</u>	<u>Centro Oeste</u>
Pós-Operatório	7,63	7,89	7,69	6,96	9,70	5,31
Neurose	3,08	0,94	4,70	2,32	4,26	1,06
Osteoartrite	1,89	0,63	2,13	1,65	1,94	2,39
Grupo Hiperten- são Arterial	1,67	0,63	1,70	2,65	1,16	1,32
Tuberculose Pulmonar	1,15	2,84	1,70	0,66	1,16	0,53
Epilepsia	0,66	0,59	0,42	0,99	0,38	0,79
Alcoolismo Crô- nico	0,56	0,31	0,42	0,66	0,38	0,26
<u>Todas as doenças</u>	<u>35,03</u>	<u>31,6</u>	<u>42,6</u>	<u>33,2</u>	<u>38,8</u>	<u>26,6</u>

Fonte: INPS, A Atuação da Perícia Médica em 1975, Rio, 1976 (mimeo)

(1) Incidência é definida como a relação entre o número de auxílios-doença concedidos e a massa de segurados ativos.

TABELA XXVII

Prevalência Global⁽¹⁾ da Doença Incapacitante em 1975
(em por mil da massa segurada ativa e inativa do INPS)

<u>Doença</u>	<u>Brasil</u>	<u>Norte</u>	<u>Nordeste</u>	<u>Sudeste</u>	<u>Sul</u>	<u>Centro Oeste</u>
Neurose	9,27	2,81	19,86	7,84	9,16	2,96
Grupo Hiperten- são Arterial	9,71	3,37	7,31	11,4	4,23	2,96
Osteoartrite	6,37	2,24	9,40	4,99	4,93	7,40
Epilepsia	4,07	2,24	2,09	4,99	1,41	2,96
Tuberculose Pulmonar	3,11	6,74	4,18	2,85	2,82	1,97
<u>Todas as doenças</u>	<u>74,0</u>	<u>56,1</u>	<u>104,6</u>	<u>71,3</u>	<u>70,5</u>	<u>49,4</u>

Fonte: INPS, op.cit.

(1) Prevalência é definida como a relação entre o número de benefícios em manutenção (auxílios-doença e aposentadorias por invalidez) e a massa de segurados ativos e inativos.

quanto no volume de recursos públicos empregados, não é ao nosso ver casual, respondendo na verdade a demandas específicas do sistema produtivo e não às necessidades da população como um todo. Mantida por lei, estabelece - apesar de se manifestar sob a forma de uma aparente fragmentação entre saúde coletiva e saúde individual - uma clara divisão de trabalho entre instituições que possuem articulações distintas no interior da atual Política Nacional de Saúde.

1.2. SAÚDE E POPULAÇÃO EXCEDENTE

A análise comparativa entre os diferentes padrões de morbidade e mortalidade, associados aos distintos padrões de organização social da Medicina, costuma suscitar questões que acabam conduzindo à polêmica sobre as relações dos diversos setores da população com a estrutura produtiva capitalista.

Uma noção frequentemente implícita em grande parte dos debates e mesmo na literatura atual sobre o tema - e que deve ser questionada - é de que o Brasil possuiria "um vasto exército industrial de reserva", podendo portanto o sistema produtivo permitir-se um "consumo destrutivo" da população trabalhadora. Isto se deveria em parte ao baixo nível de qualificação da mão-de-obra, o que, associado aos grandes contingentes populacionais excedentes, explicaria as elevadas taxas de rotatividade na indústria, como sugere Kowarick (1977).

Tal concepção nega assim o conceito - bastante polêmico, sem dúvida - de "marginalidade", gerado pela controvérsia que se originou na sociologia latino-americana no final dos anos sessenta. Ainda que se discorde de suas proposições, não se pode negar a importância deste debate no sentido de conferir um maior rigor teórico à análise das condições em que a acumulação capitalista gera uma população excedente ao sistema produtivo, em particular nos países de desenvolvimento capitalista tardio⁽¹⁾.

(1) Para análise do caráter tardio da industrialização brasileira, ver a tese de Cardoso de Mello (1975).

Nun (1969)⁽²⁾, tentando dar conta das características do desenvolvimento capitalista na América Latina, que mantém grandes e significativas parcelas da população à margem do sistema produtivo, mostra a impossibilidade de absorção desses setores populacionais, que denomina de "massas marginais".

Retomando o conceito marxista de superpopulação relativa, aponta para a incorreta identificação entre esta categoria e o exército industrial de reserva. Procura mostrar que a superposição de ambas as categorias "tem levado a confundir, no estudo do capitalismo, os processos específicos que geram uma população excedente com os efeitos que esta provoca no sistema". Considera assim que nem toda a população constitui necessariamente um exército industrial de reserva, uma vez que esta categoria "implica uma relação funcional desse excedente com o sistema em seu conjunto".

Nun conceitua a "massa marginal" como a parte afuncional ou disfuncional da superpopulação relativa, afirmando que "não tem sentido continuar tratando todo excedente de população como se constituísse um exército industrial de reserva desde que, em sua maioria, não transcenderá o estado de mero fator virtual a respeito da organização produtiva dominante". Estabelece assim uma distinção analítica entre "exército industrial de reserva" e o que decidiu denominar de "massa marginal", possuindo ambas articulações distintas como parte da superpopulação relativa

(2) Nun, José - "Superpopulação Relativa, Exército Industrial de Reserva e Massa Marginal", versão revista do trabalho que com o mesmo título apareceu na Revista Latino-Americana de Sociologia (Buenos Aires), 1969, nº 2, in Pereira, L. (ed) Populações Marginais, Duas Cidades, São Paulo, 1978.

-va.

Fundamentando sua argumentação em uma análise das diferentes etapas do desenvolvimento capitalista, Nun considera que na fase competitiva era válido supor que, em termos gerais, a população excedente tendia a atuar como um exército industrial de reserva, enquanto que na fase monopolista "a própria lógica do sistema obriga a diferenciar a parte que cumpre essa função da outra parte que constitui uma massa marginal". Isto porque "num e outro caso, não só variarão, em consequência, os mecanismos de resposta no nível econômico, mas também se alterarão os efeitos do fenômeno nas instâncias política e ideológica".

A principal contribuição de Nun consiste, ao nosso ver, em ter chamado a atenção para o fato de que a simples existência, nos países da América Latina, de grandes contingentes populacionais sobrantes, na "franja" ou inteiramente à margem do sistema produtivo, não significa que constituam um exército de trabalhadores disponíveis ou prestes a ingressar na produção.

O que está em questão, portanto, não é o tamanho do exército industrial de reserva, e sim o fato de que nem toda a superpopulação relativa exerce as funções que, segundo Marx (1867), fazem do exército industrial de reserva "a alavanca da acumulação capitalista, e mesmo condição de existência do modo de produção capitalista".

O conceito de exército industrial de reserva define-se portanto pelas funções que exerce em sua articulação com o processo de acumulação capitalista. Marx, no mesmo capítulo XXIII, explicita estas funções quando mostra que "Em seu conjunto, os movimentos gerais dos salários se regulam exclusivamente pela expansão e contração do exército industrial

de reserva, correspondentes às mudanças periódicas do ciclo industrial. Não são portanto determinados pelas variações do número absoluto da população trabalhadora, mas, pela proporção variável em que a população trabalhadora se divide em exército da ativa e exército de reserva, pelo acréscimo e decréscimo da magnitude relativa da superpopulação, pela extensão em que ora é absorvida, ora é liberada".

Isto porque se o capital dependesse em seu movimento da variação absoluta da população, ocorreria que "ao invés de a oferta e a procura de trabalho serem as variáveis dependentes da expansão e contração do capital, das suas necessidades eventuais de expansão", o mercado de trabalho ficaria "ora relativamente deficitário, ora abarrotado, por expandir-se ou contrair o capital".

O exército industrial de reserva se define, assim, no esquema teórico marxista, como mecanismo que garante a força de trabalho disponível às necessidades variáveis do ciclo industrial, "independentemente dos limites do verdadeiro incremento da população". Isto requer a existência de "grandes massas humanas(...) disponíveis para serem lançadas nos pontos decisivos, sem prejudicar a escala de produção nos outros ramos".

Cabe portanto ao exército industrial de reserva, em sentido estrito, impedir a elevação de salários, nos momentos de expansão, moderando as exigências dos trabalhadores, e nos períodos de estagnação e prosperidade média, pressionar sobre os trabalhadores em ação.

Trata-se assim de uma teoria da população adequada ao processo de acumulação capitalista, que não pretende dar conta- como Marx su

-gere em diferentes momentos de sua obra - da população em geral, em seus determinantes sociais e demográficos⁽³⁾.

A determinação de uma população para o capital é o que constitui o fundamento do conceito de exército industrial de reserva. O que evidentemente não explica - e, mais do que isso, não se propõe explicar - as condições de existência do conjunto da população, como taxas de natalidade, mortalidade, remanescentes populacionais de formas anteriores de produção ainda coexistindo com as relações capitalistas de trabalho, além das características específicas de cada formação social, que irão determinar o número total de sua população.

Em sua crítica à teoria malthusiana da população, Marx (1867) deixa clara esta concepção, quando diz que:

"(...) Na realidade, todo modo histórico de produção tem suas leis próprias de população, válidas dentro de limites históricos. Uma lei abstrata da população só existe para plantas e animais, e apenas na medida em que esteja excluída a ação humana".

O conceito de exército industrial de reserva, por se vincular a uma teoria da população necessária e não a uma teoria da população em geral, não pretende dar conta de todo o restante da população não diretamente produtiva, vinculada inclusive a formas anteriores de produção. Refere-se à força de trabalho disponível, ou seja, à população sobran-

(3) Como coloca muito bem Oliveira, F., em seu texto 'A Produção dos Homens: Notas sobre a reprodução da população sob o capital', "... a população em si já existia; a metamorfose do sistema, no que ele tinha de original, consiste precisamente naquela separação, isto é, a transformação do trabalho em força de trabalho; estabelece-se a partir daquele momento, a população para o capital." in Estudos-CEBRAP 16, São Paulo, 1976. (grifos do autor).

de reserva no mercado de trabalho, em permanente intercâmbio com a força de trabalho ativa. Nesse sentido, exército de reserva identifica-se com emprego temporário e não com o afastamento crônico do mercado de trabalho.

Assim, não é uma condição necessária para a expansão do capitalismo que toda a população excedente seja de reserva, especialmente nos países de desenvolvimento capitalista tardio, como o Brasil, onde a possibilidade de absorção de parte considerável da população pelo sistema produtivo capitalista é extremamente remota.

A superpopulação, ainda que em parte um subproduto da acumulação capitalista, nem sempre se constitui condição necessária para sua expansão, quando não exerce as funções de uma reserva de trabalhadores.

A idéia de uma população excedente à produção capitalista, com diferenciações internas, e por esta mobilizada parcialmente apenas no clímax dos momentos de expansão acelerada, já estava presente em Marx, mesmo quando este se referia à situação histórica de uma etapa do capitalismo inglês, em que superpopulação relativa e exército industrial de reserva tendiam a se sobrepor. E isto ocorreu em um momento histórico em que a população total do país crescia a taxas relativamente reduzidas, ao mesmo tempo que o crescimento industrial pressionava no sentido do aumento da disponibilidade do trabalho⁽⁴⁾.

(4) Souza, P.R., em seu trabalho Acumulação, Salários e Super-População - Relativa refere-se às modestas taxas de crescimento da população total do Reino Unido no século passado, cujas taxas geométricas de crescimento anual nos períodos de 1800 a 1830 e 1830 a 1870 foram respectivamente de 1,5 e 1,2 por cento. Ao mesmo tempo, numa época de grande expansão - a década de 1840 a 1850 - o crescimento da força de trabalho total alcançou a elevada cifra de 3,4 por cento ao ano. (Ver Souza, 1978).

Portanto, mesmo ao referir-se historicamente a um período do capitalismo em que as elevadas taxas de natalidade, mortalidade e emigração acompanhavam as exigências do sistema produtivo por parcelas cada vez maiores de força de trabalho, Marx já estabelecia uma diferenciação interna à superpopulação relativa, como fica claro no trecho que se segue, quando inicia a seção 4 do capítulo XXIII de O Capital:

"A superpopulação relativa existe sob os mais variados matizes.- Todo trabalhador dela faz parte durante o tempo em que está desempregado ou parcialmente empregado. As fases alternadas do ciclo industrial - fazem-na aparecer ora em forma aguda nas crises, ora em forma crônica, nos períodos de paralização. Mas, além dessas formas principais que se reproduzem periodicamente, assume ela, continuamente, as três formas seguintes: flutuante, latente e estagnada."

No decorrer da seção 4 deste capítulo, após desenvolver as características principais da superpopulação flutuante, latente e estagnada, Marx acrescenta o pauperismo como categoria adicional. Afirma:

"Finalmente, o mais profundo sedimento da superpopulação relativa vegeta no inferno da indigência, do pauperismo.(...) O pauperismo constitui o asilo dos inválidos do exército ativo dos trabalhadores e o peso morto do exército industrial de reserva."

Existe portanto uma hierarquização das diferentes camadas da superpopulação relativa: tem-se num extremo o exército industrial de reserva em sentido estrito, passível de absorção imediata pelo sistema produtivo nos períodos de auge do ciclo, e que não se distingue substancialmente do exército ativo de trabalhadores, isto é, integra plenamente o conceito de força de trabalho; no extremo inferior, a camada a que Marx se

refere como "o mais profundo sedimento da superpopulação relativa", cuja possibilidade de absorção pela produção capitalista é remota, sendo recrutados para o exército ativo de trabalhadores "em tempos de grande prosperidade, como em 1860, por exemplo". O pauperismo representa um caso extremo, na medida em que inclui também, para Marx, os incapazes para o trabalho: "Terceiro, os degradados, desmoralizados, incapazes de trabalhar. São notadamente os indivíduos que sucumbem em virtude de sua incapacidade de adaptação, decorrente da divisão do trabalho; os que ultrapassam a idade normal de um trabalhador, e as vítimas da indústria, os mutilados, enfermos, viúvas, etc".

O contingente de incapacitados para o trabalho, por definição, não pode constituir uma reserva no sentido estrito do termo, que significa uma população prestes a ingressar no exército ativo de trabalhadores.

A diferenciação fundamental, que justifica a argumentação que desenvolvemos até aqui, está estreitamente vinculada ao grau de permeabilidade entre a superpopulação relativa, em suas diferentes camadas, e o exército ativo de trabalhadores: diz respeito à capacidade de pressão sobre a taxa de salários. Enquanto o exército de reserva "em sentido estrito", por estar disponível no mercado, atua sobre a taxa de salários, pressionando-a para baixo, o mesmo não ocorre com as demais camadas da população excedente - exército de reserva "em sentido lato" - que se encontram cronicamente afastadas do sistema produtivo e somente são mobilizadas nos momentos extremos de acentuada aceleração do processo de acumulação.

Marx estabelece claramente uma distinção entre as formas principais da superpopulação relativa - exército de reserva em sentido estrito

-to - das formas secundárias, quando, na já mencionada seção 4 no capítulo XXIII, diz:

"Mas, além dessas formas principais que se reproduzem periodicamente, assume ela continuamente, as três formas seguintes: flutuante, latente e estagnada (grifo nosso).

Marx estabelece no trecho acima um claro corte entre estas formas secundárias, às quais acrescenta depois o pauperismo, caso extremo de desemprego crônico, e as principais, sendo que estas se caracterizam por acompanhar "as fases alternadas do ciclo industrial", aparecendo "ora em forma aguda nas crises, ora em forma crônica, nos períodos de paralização", reproduzindo-se periodicamente. As formas secundárias caracterizam-se, por outro lado, menos por sua condição cíclica e mais por sua continuidade.

Assim, o elemento comum às formas flutuante, latente e estagnada da superpopulação relativa é a condição contínua e crônica de desemprego, que ocorre, na forma flutuante, por motivos inerentes à própria produção capitalista, em que os trabalhadores são liberados pela elevação na composição orgânica do capital ou pela moderna divisão de trabalho, que os afasta quando atingem a idade adulta, pelo desgaste no processo produtivo; na forma latente, pela ruptura de relações de produção anteriores, como no caso de repulsão de trabalhadores na agricultura. E, finalmente, na forma estagnada, a liberação de trabalhadores, que acaba se configurando como trabalho a domicílio, se dá quando estes se tornam "supérfluos na grande indústria e agricultura e notadamente nos ramos de atividade em decadência, nos quais o artesanato é destruído pela manufatura ou esta pela indústria mecânica."

As camadas secundárias, incluindo-se o pauperismo como categoria adicional, correspondem à progressiva desqualificação de certos tipos de trabalho que são excluídos do mercado de trabalho à medida que avança o processo de acumulação e o progresso técnico, caracterizando-se essencialmente pela permanência da condição de desemprego.

A liberação de trabalhadores decorrente da destruição de relações anteriores de produção não corresponde, no mesmo grau, sua absorção pelas novas formas de produção capitalistas. Este processo de absorção é na verdade lento e a passagem de uma etapa de separação dos produtores de seus meios de produção a uma etapa posterior em que o trabalhador "livre" se transforma em força de trabalho, submetido a relações capitalistas de produção, constitui um salto qualitativo em termos históricos e portanto um fenômeno bastante complexo. A "domesticação" da força de trabalho, transformando os produtores diretos proprietários de seus meios de produção em trabalhadores assalariados submetidos à apropriação de mais-valia demanda todo um processo de transformação social e política.

Assim, nas formas secundárias a que Marx se refere, se constitui um contingente de trabalhadores "de reserva" que dificilmente poderia ser absorvido pela produção capitalista.

Por outro lado, retomando a discussão de Nun, vemos que o seu conceito de "massas marginais" tende a estabelecer uma fronteira mais nítida do que o próprio Marx pretendeu entre a população trabalhadora - ativa e de reserva - e o restante da população. Nos textos de Marx não há um corte tão marcante, uma vez que se mantém uma certa permeabilidade entre os diferentes níveis da superpopulação relativa e a força de trabalho ativa.

Souza (1978) coloca bem esta questão:

"A possibilidade de que esse exército de reserva fosse tão grande a ponto de se constituir numa massa de marginalizados "sem esperança" de integrar-se à produção capitalista não foi concretamente pensada por Marx porque evidentemente estava historicamente fora de contexto. Entretanto isso não significa que seja incompatível com o pensamento de Marx a possibilidade de um tratamento a essa questão que cubra os principais problemas que o desenvolvimento recente do capitalismo coloca, partindo justamente da tendência à criação de um exército de reserva crescente em termos relativos".

Parece-nos, nesse sentido, que a discussão teórica sobre a questão da marginalidade, por colocar novos problemas que dizem respeito às condições específicas em que vem ocorrendo o desenvolvimento capitalista nos países ditos subdesenvolvidos, não deve restringir-se a uma exegese dos textos de Marx, como tende a ocorrer. O que está em questão é o valor heurístico do conceito de "massa marginal" e sua contribuição no sentido de apreender o caráter tardio do desenvolvimento capitalista naqueles países.

O que cabe analisar, portanto, não é o tamanho absoluto da superpopulação relativa nos países da América Latina ou mesmo sua proporção, em termos numéricos, com a população trabalhadora total, composta pelos exércitos ativo e de reserva. O ponto central consiste em mostrar que boa parte desta população sobrando, pela incapacidade do sistema produtivo em absorvê-la mesmo nos períodos de auge do ciclo econômico, não está mesmo remotamente disponível para competir no mercado de traba-

-lho. Assim, uma questão que é aparentemente de grau passa a exigir no mínimo um reconhecimento no plano conceitual do novo sentido que passa a assumir.

Ao contrário do que supõe Cardoso (1972), em sua famosa polêmica com Nun, não se trata de uma preocupação "estritamente" social ou política com as proporções que "um excessivo exército de reserva" pode atingir, e sim de constatar a existência de grandes contingentes populacionais "afuncionais" para o processo de acumulação capitalista, não constituindo nesse sentido uma reserva efetiva.

Cardoso procura levantar uma aparente contradição nesta proposição de Nun, ao apontar para o fato de que "este sistema recusa, ao mesmo tempo, a mão de obra que cria, sem que se especifique como e por quê. E se afirma que o conceito é específico porque o sistema dependente redefine as condições de funcionamento do mercado de trabalho. Porém, como se redefine: criando uma quantidade supérflua de oferta de trabalho que é, por sua vez, repelida pelo sistema? Por que? Qual a natureza desse sistema?" (grifo do autor)

Nesta indagação, Cardoso já parte de um pressuposto implícito: de que a população excedente, não absorvida pelo sistema produtivo, é a mesma população que se encontra na franja do mercado de trabalho, esta sim criada pelo sistema produtivo e por ela absorvida em seus momentos de expansão. Sobrepõe assim uma parte da população necessária - embora de reserva - a uma população "desnecessária" - excedente; a primeira, criada e submetida a processos intermitentes de absorção e repulsão, e a segunda, apenas repelida pois que não foi (e dificilmente será) absorvida. Esta última, -

nem é gerada pelo sistema, nem lhe é necessária.

Ao mesmo tempo que parte dessa premissa, Cardoso exige uma justificativa lógica para que o sistema produtivo produza uma população que lhe é desnecessária, o que parece evidentemente absurdo quando se atribui ao sistema uma racionalidade completa, que a tudo submete.

Nun aponta como uma causa básica desta repulsão a especialização crescente do trabalho e a racionalização cada vez maior do processo produtivo, com a difusão da tecnologia, que com o desenvolvimento do capitalismo leva a uma tendência progressiva à absorção cada vez menor de mão-de-obra relativamente ao capital empregado. Segundo Joan Robinson(1962), isto é uma característica do subdesenvolvimento que tende a ocorrer mesmo em países desenvolvidos, porque "o sistema não consegue oferecer ocupações a todos os trabalhadores disponíveis, não por uma queda temporária da demanda, mas por falta de um incremento no estoque de meios de produção, suficiente para dar-lhes emprego".

Este problema se torna, ainda de acordo com Nun, mais grave nos países subdesenvolvidos que, por sua característica de industrialização tardia, tendem a liberar mão-de-obra do campo e de relações de produção anteriores, agora submetidos à hegemonia da produção capitalista. Separados dos vínculos anteriores, estes contingentes populacionais não são absorvidos no mercado de trabalho - nem mesmo na condição de reserva - indo engrossar as massas humanas na periferia das cidades. Como vimos anteriormente, o processo de absorção está longe de se realizar na mesma intensidade que o processo de liberação: a transformação do trabalho em força de trabalho é uma transição lenta, o que dificulta - em particular

nos países subdesenvolvidos - a transformação da população excedente em uma reserva para o sistema produtivo.

Não se trata apenas, como quer Cardoso, de identificar a questão da marginalidade como uma simples constatação da não existência de "emprego para todos", expressando desta forma o "ponto de vista do 'escândalo de uma situação social' (...) assumida por governos, órgãos internacionais e sociólogos." Para Cardoso, "a 'teoria da marginalidade' sói partir dele e insistir nos aspectos sociais da questão."

Trata-se de identificar as condições de não-absorção de grandes massas populacionais do sistema produtivo, evitando justamente reduzir este problema à questão do desemprego em geral. O importante seria separar o chamado desemprego conjuntural - vinculado às variações cíclicas no processo de acumulação capitalista - do desemprego estrutural que pela própria persistência mantém afastado de qualquer possibilidade de absorção um considerável contingente populacional.

O desemprego estrutural, este sim, está vinculado à natureza do desenvolvimento capitalista nos países subdesenvolvidos. A gravidade do problema hoje na maioria destes países assume proporções consideravelmente maiores e que além disso transcendem o contexto histórico pensado por Marx.

Pereira (1978) sintetiza de forma bastante precisa a polêmica teórica em torno da questão da marginalidade, na qual se coloca a opção por uma ou outra posição. Assim, ou "há marginalidade que não se confunde com exército industrial de reserva e com superpopulação relativa; ou não há marginalidade, mas somente exército industrial de reserva, ten

-do este o estatuto de conceito (científico) e, aquela, o de noção(ideológica)".

Um aspecto central da discussão aparece quando Cardoso questiona a colocação de Nun da "funcionalidade" como fato necessário à caracterização do exército industrial de reserva, afirmando que esta idéia não encontra apoio nos textos de Marx, uma vez que este "via as relações entre acumulação e superpopulação de um ângulo dialético, isto é, como contradição, e não se preocupava com as funções da superpopulação se não deste mesmo ângulo. Não categorizava o exército de reserva conforme a funcionalidade da superpopulação, mas conforme as contradições entre acumulação e miséria." (grifo do autor). Julga assim que o conceito de "massa marginal" proposto por Nun "refere-se a uma teoria da funcionalidade das populações com respeito aos sistemas de produção e não à teoria da acumulação. Assume, além disso, no plano epistemológico, a constatação de um conceito heurístico e operacional e não a de uma contradição necessária".

Encarar o exército industrial de reserva apenas como o resultado de "contradições entre acumulação e miséria" é, ao nosso ver, restringi-lo à ótica da miséria crescente decorrente do aumento da composição orgânica do capital. Esta é, no entanto, apenas uma dimensão essencial, sem dúvida - do conceito expresso por Marx, mas que não apreende toda sua complexidade como "alavanca da acumulação capitalista",

Como mostra o próprio Marx (1867), o exército de reserva desempenha uma "função" importante no processo de acumulação:

"... a produção de uma população excedente em relação às neces-

-sidades médias de expansão do capital é condição vital para a indústria moderna".

Isto porque "não basta à produção capitalista a quantidade de força de trabalho disponível, fornecida pelo incremento natural da população. Para funcionar a sua vontade, precisa ela de um exército industrial de reserva que não dependa desse limite natural".

Assim, o "trabalho excessivo da parte empregada da classe trabalhadora engrossa as fileiras de seu exército de reserva, enquanto inversamente a forte pressão que este exerce sobre aquela, através da concorrência, compele-a ao trabalho excessivo e a sujeitar-se às exigências do capital".

Marx chega, a partir de tais relações entre população empregada e população de reserva, a uma importante conclusão teórica, ou seja, de que a expansão e contração do exército industrial de reserva têm um papel regulador no movimento dos salários.

O exército industrial de reserva não é, portanto, apenas um reservatório de trabalhadores disponíveis, mas constitui principalmente um mecanismo que permite manter os salários aos níveis compatíveis com o processo de acumulação. Nesse sentido, articula-se de maneira "funcional" - e não somente contraditória - com a produção capitalista, o que não ocorre com os contingentes marginais cronicamente afastados da produção.

Embora Nun, ao nosso ver, não tenha dado suficiente destaque a este aspecto decisivo para a caracterização do exército industrial de reserva no esquema teórico marxista -, sua preocupação com a "a-funcionalidade" de grandes contingentes populacionais à margem do sistema produtivo teve o mérito de trazer à tona, no debate acadêmico, uma questão que, transcendendo sua natureza econômica, se expressa sobretudo ao nível do social e do político.

Cardoso conclui seu debate com Nun questionando o principal pressu posto implícito no conceito de 'marginalidade'.

"Existe mesmo uma 'massa' crescente sem ocupação?"

Para fundamentar melhor este ponto - sem qualquer pretensão de en trar na discussão teórica sobre o problema do emprego e do mercado de tra balho no Brasil - tentamos empreender um levantamento preliminar dos da dos existentes na literatura especializada.

Como veremos a seguir, os dados existentes nos permitem identifi - car grossa modo o montante da população brasileira absorvida pelo siste ma produtivo.

Souza (1978), com base na PNAD de 1973 e em dados do Ministério do Trabalho, citados pelo IPEA, em 1978, mostra que no mesmo ano havia um total - excluindo-se os patrões - de cerca de 20 milhões de pessoas o cupadas, das quais 16,3 milhões eram empregados, 4 milhões autônomos e 600 mil trabalhadores familiares. O total de 'empregados' se distribuía da seguinte maneira:

TABELA XXVIII
DISTRIBUIÇÃO DOS EMPREGADOS NOS SETORES
FORMAL E NÃO FORMAL BRASIL-1973.

EMPREGADOS	CATEGORIA	Nº	%
SETOR FORMAL	PRIVADO	7,6 milhões(1)	
	PÚBLICO	2,0 milhões	
SUB-TOTAL		9,6 milhões	
SETOR NÃO-FORMAL	domésticas(2)	1,9 milhões	
	empregados não domésticos	3,5 milhões	
	autônomos	4,0 milhões	
	trabalhadores familiares	600 mil	
SUB-TOTAL		10 milhões	
T O T A L		19,6 milhões	

FONTES: PNAD 1973 e Ministério do Trabalho.

(1) Registrados obrigatoriamente por lei pelo Ministério do Trabalho.

(2) Dados do Censo de 1970.

Os dados mencionados por Souza, associados a informações adicionais provenientes de outras fontes, permitem que se trace um perfil aproximado da força de trabalho disponível bem como de sua absorção pelo sistema produtivo.

Com relação aos assalariados propriamente ditos, os dados do INPS para 1973 revelam um total de 10.956.956 empregados vinculados ao setor formal da economia - dado bastante próximo ao referido por Souza com relação também ao setor formal, que, como vimos, indicou para este setor 9.600.000 trabalhadores, dos quais 7.600.000 empregados pelo setor privado, dados estes baseados no PNAD e no Ministério do Trabalho.

A relação de contribuintes do INPS parece ser assim um indicador razoável da absorção dos assalariados no setor formal, além de fornecer dados com relação a outras categorias de contribuição, como autônomos registrados.

Supondo que se manteve constante a mesma distribuição proporcional das diferentes categorias de contribuição ao INPS, a partir de dado oficial do INPS para 1977 de que neste ano possuía 18 milhões de segurados contribuintes podemos estimar quantos deles vinculavam-se ao setor formal, como mostra a Tabela XXIX.

Uma outra fonte de dados refere-se exclusivamente ao mercado de trabalho urbano e consiste no levantamento mensal do Departamento Nacional de Mão-de Obra (DNMO) do Ministério do Trabalho, sobre demissões e admissões no regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e sobre o cumprimento da Lei dos 2/3. Sua limitação está em restringir-se aos empregos contratados pela CLT, excluindo os funcionários públicos e os trabalhadores autônomos.

TABELA XXIX

RELAÇÃO DOS CONTRIBUINTES DO INPS SEGUNDO
AS CATEGORIAS DE CONTRIBUIÇÃO - BRASIL

CATEGORIAS DE CONTRIBUIÇÃO	1973	% EMPREGADOS	1977 ⁽¹⁾
Empregados propriamente ditos	10.956.956	86,4	14.013.907
Autônomos	911.516	7,2	1.167.826
Empregados Domésticos registrados	347.529	2,8	454.154
Empregados entidades filantrópicas	314.461	2,5	405.495
Outras categorias de contribuição (facultativos e contribuintes em dobro) ^(*)	144.551	1,1	178.418
TOTAL EMPREGADOS	12.675.817	100,0	16.219.800

+ EMPREGADORES =

14.065.817

18.500.000⁽²⁾

FONTE: IBGE, Anuário Estatístico 1974.

(1) estimativa

(2) Número oficial em 1977, em Stephanes, R. (1977).

(*) Facultativos e contribuintes em dobro são segurados especiais não-compulsórios que optam por contribuir para a Previdência Social. Facultativos são membros de entidades religiosas; contribuintes em dobro são segurados que se desempregam ou encerram suas atividades profissionais, mas permanecem por vontade própria filiados ao INPS.

Hoffmann (1977) chama atenção para um importante problema referente à cobertura dos dados do DNMO, que decorre de fato das empresas não sofrerem sanção alguma por deixarem de responder ao questionário, o que leva a variações de um período para outro de número daquelas que respondem. Em consequência ocorrem nas tabulações grandes variações, com enormes quedas ou elevações súbitas e inexplicáveis da quantidade dos empregados em determinados setores de atividade, o que torna os dados do DNMO inúteis para examinar mudanças no nível de emprego.

A análise dos resultados do Censo Demográfico de 1970 requer, por sua vez, considerações conceituais prévias para uma avaliação mais precisa dos seus dados relativos à distribuição da mão-de-obra pelos diferentes setores de atividade.

Segundo os dados do Censo, em 1970, de um total de 65.862.119 pessoas com mais de 10 anos de idade, 29.557.224 (44,9%) eram "economicamente ativas", das quais 16.548.849 (56%) na zona urbana e 13.008.375 (44%) na zona rural. É importante ressaltar, contudo, que o conceito censitário de população "economicamente ativa" é bastante abrangente, incluindo tanto trabalhadores com emprego como trabalhadores sem emprego (desempregados desde que estejam procurando emprego ou os que procuram emprego pela primeira vez). Compreende não só as pessoas que exercem atividades lucrativas ou remuneradas, mas também os trabalhadores familiares não remunerados, que trabalham em empresa explorada por membro da família (destes são excluídas as donas de casa, por não se considerar sua atividade como profissional).

Nesse sentido, como mostra Hoffmann, população "economicamente ativa" (PEA) identifica-se com oferta de mão-de-obra em um dado instante,

correspondendo portanto ao conceito de força de trabalho:

TABELA XXX

BRASIL: POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE
ATIVA POR SETORES DE ATIVIDADE (1.000 PESSOAS)

Setor econômico	1940 ⁽¹⁾		1950		1960		1970	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Primário	9.726	64,1	10.254	59,9	12.163	53,7	13.091	44,6
Agricult.silvicult.pecuária	9.434	62,1	9.887	57,8	11.698	51,6	12.578	42,9
Extração vegetal, caça e pesca	292	2,0	367	2,1	465	2,1	512	1,7
Secundário	1.518	10,3	2.347	13,7	2.963	13,1	5.295	18,1
Extrativa mineral	126	0,9	116	0,7	108	0,5	175	0,6
Indústria de transformação	1.069	7,2	1.608	9,4	2.006	8,9	3.242	11,1
Indústria de construção	282	1,9	585	3,4	785	3,5	1.720	5,9
Prod.distrib.gás energ.eléctr.	41	0,3	38	0,2	64	0,3	158 ⁽²⁾	0,5
Terciário	3.514	23,8	4.516	26,4	7.525	33,2	10.953	37,3
Comércio de mercadorias	749	5,1	958	5,6	1.520	6,7	2.264	7,7
Transp.comun.e armazenagem	500	3,4	697	4,1	1.089	4,8	1.244	4,2
Governo	406	2,8	512	3,0	662	2,9	1.152	3,9
Serviços	1.436	9,7	1.673	9,8	2.732	12,1	3.626	12,4
Atividades sociais	204	1,4	434	2,5	700	3,1	1.471	5,0
Outros	219	1,5	241	1,4	822	3,6	1.195 ⁽³⁾	4,1
TOTAL DA PEA	14.759	100,0	17.117	100,0	22.651	100,0	29.338	100,0

FONTE:

(a) FUNDAÇÃO IBGE, 1971.p.XXIX.

(c) MINIPLAN-IPEA, 1969.p.19.

(b) FUNDAÇÃO IBGE, 1969.

(d) FUNDAÇÃO IBGE, 1970.p.76.

NOTAS:

(1) Para 1940, usou-se os dados globais da fonte (a); contudo, a divisão dos setores primário e secundário, em sub-setores, foi estimada aplicando-se as proporções que aparecem na fonte (c).

(2) Inclui abastecimento de água e serviços de esgoto.

(3) Deduziu-se as 218.757 pessoas procurando emprego pela primeira vez que o Censo de 1970 tabulou no item "Outros".

Extraído de Hoffmann, H. (1977).

TABELA XXXI

QUADRO 9 - BRASIL: ESTRUTURA DO EMPREGO (1970) - PESSOAS OCUPADAS DE 14 ANOS E MAIS (1000) SEGUNDO CLASSES DE ATIVIDADES E REGIÕES.

Classes de atividades.	I-GB e RJ		II - SP		III- PR SC e RS		IV-MG e ES		V - NE ¹		SUBTOTAL ²	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
TOTAL	2865	100	6375	100	6526	100	4579	100	9235	100	29570	100
SETOR PRIMÁRIO	240	8,4	1443	22,6	3385	51,9	2371	51,8	5643	61,1	13082	44,2
Atividades agrícolas	224	7,8	1429	22,4	3327	51,0	2312	50,5	5204	56,4	12496	42,2
Extração vegetal	0	0,0	10	0,2	31	0,5	56	1,2	307	3,3	404	1,4
Caça e pesca	16	0,6	4	0,0	27	0,4	3	0,1	132	1,4	182	0,6
SETOR SECUNDÁRIO	689	24,1	2003	31,4	857	13,1	581	12,7	1067	11,5	5197	17,6
Extração mineral	14	0,5	25	0,4	48	0,7	50	1,1	57	0,6	194	0,7
Ind.de transformação	419	14,7	1595	25,0	582	8,9	273	6,0	659	7,1	3528	11,9
Ind.de construção	230	8,0	328	5,1	192	2,9	230	5,0	324	3,5	1304	4,4
Serv.ind.utilid.púb.	26	0,9	55	0,9	35	0,6	28	0,6	27	0,3	171	0,6
SETOR TERCIÁRIO	1630	57,1	2675	42,1	2123	32,5	1530	33,4	2386	25,8	10344	35,0
Serviços produção	568	19,9	1044	16,4	823	12,6	532	11,6	895	9,7	3862	13,1
Comércio mercadorias	354	12,4	725	11,4	544	8,3	338	7,4	656	7,1	2617	8,9
Transp.comunicações	214	7,5	319	5,0	279	4,3	194	4,2	239	2,6	1245	4,2
Serv.coletivos	355	12,4	538	8,4	402	6,2	314	6,8	462	5,0	2071	7,0
Serv.sociais	246	8,6	349	5,5	277	4,2	231	5,0	336	3,6	1438	4,9
Administ.pública	109	3,8	189	2,9	125	1,9	83	1,8	127	1,4	633	2,1
Serviço de consumo	707	24,8	1093	17,1	898	13,8	684	14,9	1029	11,1	4411	14,9
Profissões liberais	48	1,7	120	1,9	57	0,9	32	0,7	38	0,4	295	1,0
Prestação serviços	659	23,1	973	15,2	841	12,9	652	14,2	991	10,7	4116	13,9
Outras	296	10,4	254	3,9	161	2,5	97	2,1	139	1,5	947	3,2

FONTE: FUNDAÇÃO IBGE, 1970, 1º trimestre.PNAD.

NOTAS:

1 Área da SUDENE, exclusive norte de Minas.

2 Brasil, exclusive Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Amazonas e Territórios.

Extraído de Hoffmann, H. (1977).

A PEA diferencia-se nesse aspecto do conceito de pessoa ocupada da PNAD, como vemos nas Tabelas XXX e XXXI, na medida em que esta conceitua como 'ocupadas' as pessoas que estavam trabalhando na semana da entrevista, e as que, embora não estivessem trabalhando, tinham algum emprego ou negócio do qual se encontravam temporariamente ausentes por motivos tais como: doença, férias, luto, dissídio coletivo, etc. (IBGE, 1969, p.480).

Além disso a mão-de-obra investigada pela PNAD abrange apenas as pessoas de 14 anos e mais, enquanto os censos incluem como força de trabalho pessoas a partir dos 10 anos, de modo que não é possível uma comparação estrita dos dados.

Apesar destas diferenças conceituais quanto à ocupação e da diferença na faixa etária considerada - compensada, é verdade, pela exclusão de algumas áreas do país correspondendo a 8% da população brasileira - a estrutura ocupacional revelada na PNAD é bastante próxima daquela do Censo. Esta semelhança se mantém inclusive em números absolutos, apesar das diferenças conceituais, o que pode ser um bom indicador de que o desemprego aberto fica mascarado nos dados oficiais. Isto porque se a PEA se refere à força de trabalho disponível, ocupada e desocupada, e o PNAD se refere somente aos ocupados na semana da entrevista, a diferença entre ambos poderia ser um bom indicador do desemprego aberto. Na verdade, os números totais correspondentes a "economicamente ativos" e "ocupados" são praticamente idênticos, e ao que tudo indica o que permite esta identificação entre ambas as categorias é que os dados de desemprego aberto acabam sendo mascarados pelo subemprego.

Este ponto fica claro quando analisamos a PEA e a população ocupa-

-da da PNAD quanto ao nível de renda, nas tabelas XXXII e XXXIII. Na primeira tabela, com base no Censo de 1970, vemos que mais da metade da população ativa recebia menos que 1 salário mínimo. Analisando por outro lado os dados da PNAD relativos aos empregados que recebem em dinheiro, vemos que 43% estavam na faixa de até 1 salário mínimo, conforme a Tabela XXXIII.

TABELA XXXII
POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA SEGUNDO NÍVEL
de RENDA - 1970

RENDIMENTO MENSAL (em cruzeiros) (salário mínimo:187)	PERCENTAGEM S/ TOTAL
Sem rendimentos	9,72
Até 50	11,41
De 51 a 100	20,24
De 101 a 150	12,78
De 151 a 200	15,41
De 201 a 250	4,46
De 251 a 300	5,61
De 301 a 400	5,07
De 401 a 500	3,75
De 501 a 1000	5,93
De 1001 a 1500	1,41
De 1501 a 2000	0,83
De 2001 a mais	1,00
Sem declaração	2,38

FONTE: CENSO DEMOGRÁFICO (IBGE/ 1970)
Extraído de Luz, M.T. (1979).

TABELA XXXIII

EMPREGADOS QUE RECEBEM SOMENTE EM DINHEIRO POR FAIXA SALARIAIS

(1.000 pessoas)

REGIÕES														
	I		II		III		IV		V		VI(DF)		TOTAL	
	1968	1972	1968	1972	1968	1972	1968	1972	1968	1972	1968	1972	1968	1972
Empregados	1973	2160	3526	5175	1993	2320	1788	2152	2795	3481	103	160	12180	15449
Até 1 salário mínimo	369	344	1125	1502	796	1024	1028	1190	1997	2611	12	14	5327	6686
De 1 até 2 sal.mínimo	920	988	1351	1936	824	813	494	644	514	526	47	72	4150	4978
De 2 até 5 sal.mínimo	474	588	825	1285	306	358	202	241	194	231	33	48	2034	2752
De 5 salários mínimos e +	210	239	225	452	67	125	64	76	90	113	13	26	669	1032

FONTE: PNAD, 4º trimestre 68, 4º trimestre 72.
Extraído de Salm, C. (1974).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT), observando que o subemprego aparece sob diversas formas, sugere além da categoria "subemprego visível" (pessoas ocasionalmente em tempo parcial por motivo econômico na semana da pesquisa, e que declararam preferir trabalhar em tempo integral), a categoria de "subemprego invisível" ou "disfarçado". O'Brien e Salm (1970), com base nos dados da PNAD e utilizando a metodologia proposta pela OIT, realizaram uma estimativa de subemprego no Brasil. Estimaram a "subemprego disfarçado" no país em 1968, consideran

- do como tal o das pessoas que, no grupo "empregadores e trabalhadores por conta própria" ganhavam menos de Cr\$ 50,00 por mês, que constituía um limiar de pobreza bastante baixo, equivalendo a 40% do salário mínimo em ão vigente na Guanabara.

TABELA XXXIV

DESEMPREGO E SUBEMPREGO NÃO-AGRÍCOLA
(% DA FORÇA DE TRABALHO NÃO-AGRÍCOLA)
BRASIL - 1968.

REGIÃO	I	II	III	IV	V	TOTAL
Desemprego aberto + (Subemprego visível ou Subemprego disfarçado)	6,5%	6,8%	12,1%	14,8%	26,6%	13,6%

FONTE: PNAD, 1968. in O'Brien e Salm (1970).

Região I (Rio de Janeiro e Guanabara)

Região II (São Paulo)

Região III (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul)

Região IV (Minas Gerais e Espírito Santo)

Região V (área da SUDENE, exceto o norte de Minas Gerais).

Extraído de Hoffmann, H. (1977).

Contudo, as cifras de "subemprego disfarçado" não podem simplesmente ser somadas às de "subemprego visível", pois como bem aponta Hoffmann, haveria o perigo de dupla contagem: uma mesma pessoa que está na tabulação segundo o tempo de trabalho no grupo dos ocupados em tempo parcial, pode aparecer de novo na tabulação segundo a renda mensal entre os que recebem menos de Cr\$ 50,00. Para contornar essa dificuldade, os autores adotaram o artifício de supor que todos os trabalhadores por

conta própria em tempo parcial recebiam menos de Cr\$ 50,00 ao mês, e só acrescentaram às suas estimativas uma cifra correspondente a "subemprego disfarçado" quando havia um saldo positivo depois de subtraídas das cifras de empregadores e trabalhadores por conta própria que obtinham menos de Cr\$ 50,00 ao mês as quantias correspondentes a essa mesma categoria em tempo parcial. ou seja, o método usado para calcular a subutilização de mão-de-obra corresponde a somar "desemprego aberto" com o maior dos dois números: ou a cifra de "subemprego visível" ou a de "subemprego disfarçado". Desta forma chegaram à estimativa apresentada na Tabela XXXIV de desemprego, subemprego visível e subemprego disfarçado no setor não-agrícola, calculado como percentagem da força de trabalho não agrícola em 1968.

Em 1969, a PNAD aumentou o número das classes de renda consideradas, de tal modo que a partir desse ano é possível separar os empregados que ganham até aproximadamente Cr\$ 60,00 por mês (equivalente a 38% do mínimo então vigente na Guanabara) e mesmo o grupo dos que ganham somente até Cr\$ 40,00 por mês. Utilizando a mesma metodologia de O'Brien e Salm, Hoffmann refez os cálculos de desemprego e subemprego nas atividades não-agrícolas, aproveitando essa melhoria de informações básicas. O confronto entre os dados de 1968 e 1969, não revela nova diferença. Contudo, cabe ressaltar que os dados que apresentamos na tabela a seguir, para o ano de 1969, não equivalem à anterior para 1968, pois passou a incluir também os empregados, pelas novas informações do PNAD sobre os estratos de renda mais baixa.

Hoffmann chama atenção para o fato de que, embora nem a renda nem o tempo trabalhado reflitam o grau de subutilização da mão-de-obra, as estimativas que partem da associação dos dois critérios dão uma idéia

da ordem de grandeza de um fenômeno relevante.

TABELA XXXV

DESEMPREGO E SUBEMPREGO NÃO-AGRÍCOLA

(NÚMEROS ABSOLUTOS-1.000)

BRASIL - 1969.

REGIÃO	I	II	III	IV	V	TOTAL
1. FORÇA DE TRABALHO (ocupados e desocupados)	2.701	5.090	3.297	2.319	4.284	17.691
2. Desemprego aberto * (Subemprego visível ou Subemprego disfarçado) (% da força de trabalho não-agrícola)	5,9	6,6	12,1	12,4	27,7	13,9

FONTE: PNAD, 1969.

Extraído de Hoffmann, H. (1977).

Com relação ao desemprego agrícola, dos totais de desemprego registrados pelo PNAD, menos de 10% correspondiam a atividades agrícolas. As dificuldades de uma avaliação fidedigna de desemprego na área rural podem estar levando à sua subestimação pelos dados do PNAD.

De qualquer forma, é possível constatar que cerca de 14% da força de trabalho não-agrícola encontravam-se em 1968 e 1969 em condição de desemprego e subemprego. Isto corresponde a aproximadamente 2.400.000 pessoas em condições precárias de trabalho ou mesmo temporariamente a -

-fastadas, embora constituindo parte da força de trabalho.

Finalmente, analisando a Tabela XXXVI vemos que de acordo com os dados censitários de 1970, 55% da população brasileira com mais de 10 anos era classificada como "economicamente não ativa", ou seja, um total de 35.132.860 pessoas estavam fora de qualquer atividade produtiva, fora portanto do mercado de trabalho. Acrescentando-se cerca de 2.400.000 pessoas (pelos dados acima de desemprego e subemprego não-agrícola da PNAD) que se encontravam parcial ou temporariamente afastadas do emprego, pode-se estimar em quase 40 milhões de pessoas o contingente populacional com relações empregatícias inexistentes ou que encobriam uma condição de subemprego.

TABELA XXXVI
POPULAÇÃO RESIDENTE⁽¹⁾ SEGUNDO A CONDIÇÃO
DE ATIVIDADE BRASIL- 1970

FAIXA ETÁRIA	POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA ⁽²⁾	%	POPULAÇÃO NÃO ECONOMICAMENTE ATIVA	%	TOTAL	%
Até 10	-	-	26.423.916 (42,9%)	100	26.423.916 (29,4%)	100
10 e +	28.406.421 (100%)	44,7	35.132.860 (57,1%)	55,3	63.539.281 (70,6%)	100
10-19	5.594.912 (19,7%)	26,4	15.628.231 (25,4%)	73,6	21.223.143 (23,6%)	100
19 e +	22.811.509 (80,3%)	53,9	19.504.629 (31,7%)	46,1	42.316.138 (47,0%)	100
TOTAL	28.406.421 (100%)	31,6	61.556.776 (100%)	68,4	89.963.197 (100%)	100

FONTES: IBGE

Elaborado a partir dos dados do Censo Demográfico de 1970, publicados no Anuário Estatístico de 1974.

(1) O total da população residente (89.963.197) corresponde a cerca de 97% da população recenseada, residente em domicílios ditos particulares.

(2) "Economicamente ativo" refere-se aos trabalhadores disponíveis, isto é, inclui não apenas os empregados, mas também os desempregados desde que estejam procurando emprego ou os que procuram pela primeira vez, além dos trabalhadores familiares que exercem atividades profissionais não remuneradas (excluídas as donas de casa).

Com relação à questão levantada por Cardoso, sobre se essa massa populacional seria ou não crescente, não nos parece ser a questão central: mais importante que sua taxa de crescimento é a magnitude de suas proporções, além da dimensão política e social que assume.

Tavares e Serra (1971), ao mesmo tempo que observam "que grande parte da população da América Latina está e tende a permanecer marginalizada dos benefícios do crescimento econômico, mantendo-se subempregada e a baixíssimos níveis de produtividade", procuram mostrar que este padrão de desenvolvimento excludente não constitui um obstáculo para a expansão capitalista na região:

"Marginalidade, desemprego estrutural, infra-consumo, etc. não constituem, em si mesmos, e necessariamente problemas fundamentais para a dinâmica econômica capitalista, ao contrário do que ocorre, por exemplo, com os problemas relacionados com a absorção de poupanças, oportunidades de investir, etc... Nesse sentido, poder-se-ia dizer que enquanto o capitalismo brasileiro se desenvolve satisfatoriamente, a nação, a maioria da população permanece em condições de grande privação econômica e em grande medida devido ao dinamismo do sistema, ou, se se quer, do tipo de dinamismo que o anima."

Isto significa, em outras palavras, que o sistema não "precisa" desta população, que é desnecessária (ou "afuncional", segundo Nun), enquanto "mercado", ao seu processo de expansão; ela simplesmente não é passível de completa absorção neste processo.

Por outro lado, também discordamos da visão de Kowarick, para quem esta população excedente exerceria a função de rebaixamento de salários,

além da diminuição de custos de alguns serviços, reduzindo assim o custo de subsistência da população trabalhadora.

Diz Kowarick (1977):

"O conjunto de serviços e produtos originários dos 'setores marginais' pode proporcionar uma 'infra-estrutura de custos' altamente compensadora na medida em que leva a um barateamento do custo da reprodução da força de trabalho. (...) Certas ocupações características da mão-de-obra marginal - serviços de reparação, conservação e confecção de roupas, construção de habitações e comercialização de alimentos que é amplamente desenvolvida por trabalhadores autônomos - criam as condições para que a classe trabalhadora, marginal ou não, se reproduza a níveis mínimos de subsistência". (grifos do autor).

Referindo-se à produção mercantil urbana e sua repercussão sobre o custo de reprodução da força de trabalho, Souza (1978) contesta esta visão, afirmando que:

"A interpretação que sustenta a tese de que a produção mercantil cumpriria a função de rebaixar o custo de reprodução da força de trabalho (o valor da mercadoria força de trabalho) baseia-se na hipótese de que a produção oriunda dessas formas de organização seria mais barata que a proveniente de organizações capitalistas e que esses bens e serviços constituiriam pelo menos uma boa parte do consumo dos assalariados. Assim, a economia capitalista poderia 'poupar' recursos mediante uma menor remuneração em dinheiro aos seus trabalhadores porque estes estariam obtendo os bens e serviços necessários para a sua reprodução mais baratos do que se fossem produzidos em larga escala através de formas empresariais tipicamente capitalistas". (grifo do autor).

Criticando este pressuposto, Souza parte da análise dos gastos que compõem a cesta de consumo dos trabalhadores e mostra justamente o contrário:

"Os hábitos de compra dos setores de baixa renda urbanos nos pequenos negócios se explicam muito mais (e quase exclusivamente), por relações pessoais, frequência de compras, unidade de medida das compras (frações de quilo, litro, etc), facilidade de crédito (fiado), etc. Quase invariavelmente todos esses mecanismos são compensados por preços mais altos por unidade de produto no pequeno comércio em relação aos supermercados (Sansone, 1977; Tokman, 1977)."

Mostra assim que isto ocorre tanto no que diz respeito aos produtos agrícolas in natura quanto nos produtos alimentares com algum processamento industrial, bem como no caso de produtos de vestuário e higiene. Diz Souza:

"A roupa barata, o sapato barato, etc. são produzidos em geral por indústrias - grandes indústrias em muito boa parte dos casos. Os tecidos dos assalariados são sintéticos, seus sapatos são de borracha ou 'couro sintético', ou simplesmente 'havaianas'. A roupa de algodão, o sapato de corda, etc., são usados cada vez em menor medida. Por outro lado, (...) os assalariados pobres não se utilizam do 'serviço doméstico'; se dirigem ao trabalho em ônibus e metrô; etc. É claro que também utilizam os serviços de pequenas unidades de reparação, de produção de móveis, etc. Mas o grosso de seu consumo em algum momento passa pela economia capitalista, ainda que seja só para ser 'abençoada'."

Procura mostrar assim que a idéia de um menor custo de bens e serviços produzidos pelas unidades mercantis, contribuindo ao rebaixamento do

custo de reprodução da força de trabalho, fundamenta-se no falso pressuposto de uma dualidade da economia, em que os setores formal e informal correm de forma paralela:

"A economia não é dual, é uma só. A produção mercantil é intersticial e segue as regras ditadas pela economia capitalista. Ao buscar o seu espaço econômico, os 'informais' se apertam nas brechas do sistema sem constituir uma 'economia paralela'".

Parece-nos que a visão de Kowarick, ao tentar buscar uma 'funcionalidade' para os setores da população à margem do mercado de trabalho, busca uma perfeita lógica de todo o sistema, negando suas contradições, que se expressam na dúvida levantada por Cardoso, quanto ao sistema rejeitar a população que ele próprio cria.

Para Kowarick, um outro indicador de que "os contingentes configurados como grupos 'marginais' não constituem 'pesos mortos' no processo de acumulação", é o rodízio de trabalhadores na indústria. Referindo-se aos dados da Lei dos 2/3, mostra que a média de permanência no emprego é reduzida, uma vez que 12% dos empregados não ultrapassam três meses e quase 40% não completam um ano de trabalho consecutivo na mesma unidade produtiva. Com estas observações, Kowarick tenta mostrar que a permeabilidade entre a população ativa e de reserva existe, o que é evidente. O que não é óbvio é a identificação que tenta fazer do conceito de exército industrial de reserva com população marginal ou excedente, quando diz que os "grupos marginais" continuam desempenhando o 'papal' de exército industrial de reserva, e este 'papal' é decorrente do movimento contraditório básico e necessário que opõe o trabalho ao capital".

O "turn-over", como o próprio nome diz, é a rotatividade da força de trabalho - isto é, a população ativa e de reserva no mercado de trabalho - entre indústrias, e não um consumo destrutivo de trabalhadores "descartáveis" em face da abundância dos contingentes populacionais excedentes que "engrossariam" o exército industrial de reserva.

A rotatividade entre indústrias se dá portanto sobre a mesma força de trabalho disponível e não constitui, essencialmente, um fluxo bidirecional interminável entre uma população dentro do mercado de trabalho e outra fora deste.

Favorecida pela criação do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, mecanismo que tornou possível a dispensa arbitrária dos trabalhadores, a rotatividade transformou-se em um importante instrumento de contenção salarial. Assim, boa parte dos trabalhadores menos qualificados, ao serem dispensados, muitas vezes só conseguem ser readmitidos por outras indústrias com uma remuneração inferior à do emprego anterior.

Este fenômeno fica claro quando se analisa o processo de rotatividade na área do ABC paulista, em que às vésperas do dissídio coletivo para reajuste salarial os trabalhadores são demitidos e readmitidos em outras indústrias por salários mais baixos.

Kowarick tenta reforçar sua argumentação com a questão da qualificação da mão-de-obra, procurando mostrar que a maioria dos trabalhadores possui baixa qualificação. Por trás desta argumentação está o pressuposto de que a população fora do mercado de trabalho também é de reserva, por possuir um nível de qualificação equivalente a boa parte dos trabalhadores que compõem a força de trabalho. Referindo-se à taxa de rotatividade da mão-de-obra, diz:

"A taxa de 'turn-over' constitui um indicador que sugere a facilidade com que se pode substituir o 'exército atuante'. Ou seja, revela uma 'reserva' que pode ingressar nas 'fileiras' do trabalho, revezando ou substituindo os trabalhadores 'ativos' (...). Não se pode fazer da qualificação um 'cavalo de batalha', como se para forjar um trabalhador fosse necessário uma verdadeira metamorfose."

Prossegue, afirmando que "não se pode fazer do operário especializado uma categoria sem competidores no mercado de trabalho, ou sem substrato potencial no sentido de não ser viável sua substituição, como se fosse 'matéria rara' cuja transformação em 'mercadoria' implicasse numa maturação altamente longa."

Referindo-se a uma interessante pesquisa realizada em 1963, numa indústria automobilística de São Paulo, cita Rodrigues (1970):

"O nível de escolaridade é baixo, se temos em conta os requisitos educacionais situados pela sociedade moderna. Entre todos os entrevistados não se encontrou nenhum trabalhador que tivesse grau de instrução superior à ginásial. (...) A ausência de ginásio poderia ser 'compensada' de alguma maneira com algum curso técnico (...) mais adequado ao tipo de trabalho a que se dedicam os entrevistados. No entanto, poucos são os que fizeram ou estão fazendo algum curso de natureza técnica ou profissional (...) Chega a ser surpreendente encontrar-se entre os ferramenteiros trabalhadores que não realizaram nenhum curso técnico e que aprenderam a profissão 'na prática'. (...) Do ponto de vista técnico os operários (semiquualificados) da linha de montagem - que compõem a maior parte da amostra - não necessitam, para o cumprimento das tarefas que lhes são assinaladas, de um

nível elevado de educação formal (geral ou profissional). Não se lhes exige a leitura, a escrita, a capacidade de decifração de desenhos, conhecimento do material, de ferramentas, etc. São, no caso dos montadores, operários especializados na execução de trabalhos repetitivos que não requerem raciocínio e capacidade de decisão."

Centrando sua argumentação sobre a questão da qualificação, Kowarick refere-se ao Relatório do SENAI referente a pesquisa realizada em São Paulo em 1970, sobre a composição da mão-de-obra: Em 68.974 estabelecimentos que reuniam naquele ano uma mão-de-obra composta por 1.391.628 indivíduos, retirando-se o "pessoal administrativo", as proporções eram as seguintes: 13,9% braçais, 62,3% "semi-qualificados" e 23,8% "qualificados".

Parece-nos interessante opor à argumentação de Kowarick as conclusões do estudo realizado por Moura Castro e Mello e Souza (1974), em que os autores analisam a questão da educação formal na mão-de-obra de grandes empresas industriais - cujo nível de escolaridade é bem mais elevado que o do conjunto da Indústria. Olhando a questão por um outro prisma, estes autores frisam que mesmo nas grandes empresas, para as funções semi-qualificadas - que constituem a maior parte - não existe uma busca de mão-de-obra formalmente treinada, mas sim mão-de-obra treinável. Mostram que um indicador desta tendência é que, na amostra estudada, mais da metade dos operários trocou de ocupação ao entrar para a firma..

Não se trata de analisar quantos completaram o primário ou o ginásio, e sim de verificar quantos se encontram efetivamente aptos e preparados para produzir no ritmo imposto pela exigência de uma intensa produtividade. O treinamento para os menos qualificados muitas vezes se dá na própria linha de montagem e a aptidão para produzir é testada na prática, on

-de ocorre um processo de "seleção natural".

A capacidade de aprendizagem, a coordenação motora, a rapidez dos movimentos, a integração viso-motora, as condições gerais de saúde, mais do que a educação formal, são os principais indicadores de produtividade que selecionam a mão-de-obra nas indústrias.

Cerca de metade da amostra estudada por Moura Castro e Mello e Souza, nas grandes empresas analisadas - incluindo os operários não-qualificados - tinha pelo menos um curso profissional ou técnico, o que é surpreendente quando se considera que a amostra cobria praticamente o universo da mão de obra manual daquelas empresas. Outro aspecto revelador é que se tratava de cursos quase sempre longos, em que um quinto da mão-de-obra tinha cursos com mais de mil horas e apenas 18% fizeram cursos de menos de 50 horas.

Embora constitua, certamente, uma estatística que se distancia da média das firmas de porte médio e pequeno, não resta dúvida de que o conjunto da mão-de-obra que se configura como força de trabalho no país possui em média um nível de qualificação, aptidão e de escolaridade mais elevado que o restante da população brasileira. Assim, de acordo com o Censo de 1970, enquanto apenas 14% da população brasileira tinha completado o primário, cerca de 23% da força de trabalho (que inclui tanto ocupados como desocupados) (5) já tinha o primário completo naquele ano, conforme a Tabela XXXVII. Estes autores mostram, também com base no Censo de 1970, que pouco mais de 30% dos brasileiros em idade escolar não estavam frequentando escola. Dos que nela entravam, somente 14% conseguiam formar-se no quarto ano primário, que é o requisito mínimo para a matrícula nos cursos do SENAI.

(5) Ver definição da PEA conforme o Censo Demográfico na página 86 deste capítulo.

TABELA XXXVII

BRASIL: PESSOAS DA FORÇA DE TRABALHO COM CURSO COMPLETO SEGUNDO OS NÍVEIS.

FORÇA DE TRABALHO	29.557.224	%	%
Total de Pessoas da FT com curso completo	<u>9.782.924</u>	<u>33,1</u>	<u>100</u>
Elementar (primário)	6.733.090	22,8	68,8
Secundário - 1º Ciclo	1.287.069	4,3	13,2
Secundário - 2º Ciclo	1.290.580	4,4	13,2
Superior	472.098	1,6	4,8

FORTE: Censo Demográfico 1970 - BRASIL FIBGE - Rio de Janeiro, 1973.

Assim, de um total de 1.000 brasileiros em idade compatível com a matrícula nos cursos do SENAI, 700 chegam a frequentar a escola. Destes, 140 terminam o primário. Dentre estes, 47 têm os interesses compatíveis com os cursos oferecidos. Como os testes de nível mental eliminam também 6,6%, apenas 31 dos 1.000 candidatos potenciais têm as condições de escolaridade para cursar o SENAI.

Um aspecto importante quando se analisa a questão da qualificação da mão-de-obra nos diferentes setores industriais é o da conceituação de trabalhador "semi-qualificado", categoria que segundo Kowarick representava - pelos dados do SENAI em 1970 - 52,3% da mão-de-obra em São Paulo, retirando-se o "pessoal administrativo". Dada a proporção que assume esta categoria, convém remetermos mais uma vez ao trabalho referido:

"O que poderíamos chamar aqui de mão-de-obra semiquificada é um tipo de operário que executa funções que podem ser até bastante complexas ou envolver responsabilidade, mas que são estritamente repetitivas. O aprendizado para essas funções resume-se no domínio de uma sequência de operações, sem que seja necessário realmente desenvolver Gestalten ou esquemas conceptuais relativos à compreensão dos processos utilizados. Conseqüentemente, o programa de ensino é muito rápido na maior parte dos casos, levando de duas semanas a dois meses. Operando com equipamento extremamente eficiente, a produtividade de tais operários é elevada, daí ser às vezes enganoso considerá-los seja como mão-de-obra não-qualificada ou não-treinada.

De resto, muitas vezes realizam tarefas altamente complexas utilizando e equipamento delicado e caro. Desta forma, devemos entender essa classificação de "semiquualificados" não como uma categoria intermediária, incluindo níveis modestos de qualificação, mas sim como uma categoria que pode incluir alto nível de complexidade, mas não inclui o domínio ou compreensão das operações realizadas".

Por se tratar de um treinamento voltado a uma prática, muitas vezes os próprios operários não se referem aos programas de formação e treinamento a que foram submetidos ao entrarem na fábrica como "cursos", talvez por vincularem a idéia de curso ao processo de educação formal. De qualquer forma, o trabalho dito "semi-qualificado" pode envolver operações que exigem dos trabalhadores selecionados para a aprendizagem de tais tarefas um mínimo de treinabilidade. Como exemplo, referem-se os autores ao caso de montagem de um painel de um centro telefônico, envolvendo a fiação de circuitos complexos, com centenas de ligações em espaço reduzidíssimo. Isso era feito por ex-costureiras e bordadeiras que meramente memorizaram certas seqüência e desenvolveram a destreza na soldagem de terminais.

Citando Ferguson (1967), estes autores analisam - a partir da investigação realizada - o desenvolvimento mental e a treinabilidade, na forma como são incorporados nos critérios de seleção da mão-de-obra pelas indústrias:

"As variáveis mais importantes exercendo efeitos de transferência no aprendizado subsequente são as 'habilidades' - aquisições prévias que atingiram o seu limite de desempenho. A inteligência, por exemplo, seria a 'habilidade' para aprendizagem".

Tendo em conta, portanto, as exigências mínimas do sistema produtivo, vemos que a habilidade para a aprendizagem, a destreza, a capacidade de concentração, a tolerância e submissão a tarefas repetitivas, condições mínimas de saúde e nutrição, constituem, dentre outras, variáveis importantes que colocam limites ao processo de "domesticação" da população excedente em força de trabalho.

Finalmente, vemos que no conceito de exército industrial de reserva está implícita uma possibilidade - ainda que remota, para os que são absorvidos somente no auge do ciclo econômico - de ingressar no sistema produtivo, o que não ocorre com os 40 milhões de brasileiros na miséria absoluta, o chamado "quarto estrato", na linguagem oficial.

De acordo com Faria de Melo (1978), citando dados do IBGE (Anuário Estatístico de 1973), cerca de 10 milhões de pessoas oficialmente não trabalhavam por estarem com a saúde de alguma forma comprometida:

Desvalidos de 14 a 18 anos	1.130.000
Desvalidos de 18 a 70 anos	5.450.000
Encostados por doença (INPS)	1.820.000
Encostados por inatividade (INPS)	<u>1.280.000</u>
	9.680.000

Esta população é uma população "morta" e julgamos, ao contrário de Kowarick, que ela se constitui efetivamente em um peso morto e desnecessário ao processo de acumulação.

Para estes destinam-se os programas de planejamento familiar, pois constituem uma população sobrando que, para os planejadores, preferentemente não deveria existir. As altas taxas de morbidade e mortalidade, como vimos no item 1 deste capítulo, já constituem em si mesmos um fator natural de eliminação, aos quais se acrescenta o controle da natalidade, como

política social do governo.

Simonsen (1969) propõe a extensão da planificação familiar a todas as camadas da população, particularmente àquelas menos favorecidas. O mesmo autor (1972), ao analisar o problema de absorção dos "vastos contingentes de mão-de-obra que afluem ao mercado de trabalho", manifesta-se favorável à redução dos índices de natalidade. Preocupado com as repercussões da melhor saúde sobre o crescimento demográfico, afirma:

"Como ninguém cogitará de fechar o país aos progressos da medicina moderna, a solução está em conter as taxas de natalidade".

Recente pesquisa realizada por Nakamura e Fonseca (1979) no Estado de São Paulo, em colaboração técnico-científica com o I.F.R.P. (International Fertility Research Program), teve como objetivo investigar o declínio em fertilidade no Estado. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada pelo IBGE em 1976 mostra que o Índice Global de Fertilidade (I.G.F.) para o Estado de São Paulo baixou até 2,8 filhos por mulher, decréscimo de 26% desde 1970, quando era de 3,8 (IBGE 1978). A Tabela XXXVIII apresenta uma diferença considerável entre os indicadores para São Paulo e o país como um todo.

A pesquisa de Nakamura e Fonseca mostrou, como vemos na Tabela XXXIX, que o índice de nascimento bruto havia caído em São Paulo de 29,5 por mil no período 1965-1970 para 23,6 por mil no período 1977-1978.

Constatou-se na pesquisa que a porcentagem das mulheres casadas usando anticonceptivos no Estado de São Paulo é bastante alta: na comparação entre este Estado e alguns países do hemisfério ocidental, em pesquisas similares, somente os Estados Unidos têm um nível de uso mais

TABELA XXXVIII

ESTIMATIVA DO ÍNDICE DE NASCIMENTO BRUTO (I.N.B.) ENTRE 1940-1970 E O ÍNDICE GLOBAL DE FERTILIDADE (I.G.F.) DE 1970, BASEADOS NOS DADOS DO CENSO: "BRASIL E ESTADO DE SÃO PAULO".

<u>I.N.B.*</u>		
<u>Período</u>	<u>Brasil</u>	<u>Estado São Paulo</u>
1940-45	44,8	36,7
1945-50	46,3	39,7
1950-55	41,2	-
1955-60	40,3	-
1960-65	39,8	32,1
1965-70	37,4	29,5
1970 - I.G.F.**	5,3	3,8

* Nascimento por 1000

** Filhos Nascidos Vivos (Média) por mulher, segundo o índice de fecundidade específica por idade.

FONTES: F.W. Dechslí and A. Adlakha, "Modernization and Natality in Brazil; Temporal and Regional Variations, 1940-1970". Trabalho não publicado, 1975.

Extraído de Nakamura e Fonseca (1979)

TABELA XXXIX

ESTIMAÇÃO DE ÍNDICE DE NASCIMENTO BRUTO E ÍNDICE GERAL DE FERTILIDADE, SEGUNDO ÁREA GEOGRÁFICA, SÃO PAULO, JULHO 1977 - JUNHO 1978.

<u>Área Geográfica</u>	<u>Índice de Nascimento Bruto*</u>	<u>Índice Geral de Fertilidade**</u>
Estado Total	23,6	95,6
Município de São Paulo	20,2	82,3
Outras Áreas Urbanas	24,3	93,6
Áreas Rurais	30,3	140,0

* Nascimento por 1000.

** Nascimento por cada 1000 mulheres 15-44 anos de idade.

Extraído de Nakamura e Fonseca (1979)

alto. Conclui que esta alta porcentagem (62%) de uso de anticoncepcionais é compatível com um índice de nascimento bruto entre 18 e 23 por mil, segundo o modelo de análise de correlação proposto por Nortman e Hofstatter.

A pesquisa também mostra claramente que o uso de pílulas anticoncepcionais tem uma correlação inversa com o nível de rendimento familiar: mais de 30% das mulheres das famílias de renda entre 2 e 4 salários mínimos estão usando este tipo de anticoncepcivo, comparado com 18% das mulheres nas famílias com mais de 10 salários mínimos. Nestas, conforme os dados da Tabela XL ocorre um deslocamento do consumo para outros métodos, predominando a esterilização. O consumo dos diferentes métodos anticoncepcionais cresce porém na mesma proporção do salário.

A política social de "planejamento familiar" visa justamente aumentar o consumo de anticoncepcionais nos grupos de baixa renda. Esta política vem contando no Brasil com um considerável montante de recursos de organismos internacionais: o Population Council, cujo primeiro presidente foi Rockefeller, a International Planned Parenthood Federation (IPPF) e a USAID (Agência Internacional de Desenvolvimento), entre outros.

Em 1965, o Population Reference Bureau estabeleceu seu Departamento Latino-Americano, como resultado de um subsídio de 5 anos outorgado pela Fundação Rockefeller. Logo em seguida, instalou-se na Colômbia, em Bogotá, o que veio a se constituir em sua primeira base na América Latina.

Em maio de 1965, durante a 15a. Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia no Rio, nasceu a Sociedade Brasileira de Bem-Estar Familiar (BENFAM), que tinha como principal objetivo ajudar os brasilei-

TABELA XL

USO ATUAL DE ANTICONCEPTIVOS SEGUNDO MÉTODO E RENDIMENTO FAMILIAR MENSAL

MULHERES CASADAS COM 15-49 ANOS E, SÃO PAULO - BRASIL - 1.978

Porcentagem de mulheres usando anticonceptivos
Segundo rendimento familiar (em salário mínimo)

<u>USO ATUAL E MÉTODO</u>	<u>1</u>	<u>1-2</u>	<u>2-3</u>	<u>3-4</u>	<u>4-5</u>	<u>5-10</u>	<u>10+</u>	<u>Total</u>
Usando atualmente	<u>46,6</u>	<u>55,4</u>	<u>61,9</u>	<u>64,6</u>	<u>66,2</u>	<u>63,3</u>	<u>64,3</u>	<u>62,0</u>
Pílulas	17,2	26,7	31,4	31,7	28,0	20,5	17,8	25,0
Esterilização	7,6	12,1	12,1	13,6	17,5	21,4	21,7	16,9
Condom	5,5	3,7	3,9	5,2	5,8	7,3	10,5	6,1
Ritmo	2,1	3,7	4,0	4,6	4,9	6,0	9,1	5,2
Coito Interrompido	13,7	8,8	10,5	8,0	6,4	7,0	1,6	7,5
Outros Métodos	0,5	0,4	0,0	1,5	3,2	1,1	3,6	1,3
<u>Não usando atual-</u> <u>-mente</u>	<u>53,4</u>	<u>44,6</u>	<u>38,1</u>	<u>35,4</u>	<u>33,8</u>	<u>36,7</u>	<u>35,6</u>	<u>38,0</u>
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Números de casos (Não Ponderados)	145	452	292	248	139	324	190	2110*

* O total inclui 320 mulheres que não quiseram responder à pergunta ou de rendimento familiar ignorado.

Observação: - Na época da pesquisa o Salário Mínimo = Cr\$ 1.540,00
(equivalente a US\$ 85,00 por mes).

Extraído de Nakamura e Fonseca (1979)

-ros a planejar suas famílias ("um direito básico") e o de combater o aborto - que revelava cifras anuais cada vez maiores. Estendendo rapidamente o seu campo de atuação, através de convênios com entidades públicas e privadas em todo o país, como vemos na Tabela XLI, passou em 1966 a receber ajuda externa da International Planned Parenthood Federation, com sede em Londres, que atua como repassador de diferentes fontes internacionais de recursos, como as fundações Rockefeller e Ford, com vistas ao controle da natalidade.

Em 1971, a Benfam, como entidade particular, foi declarada de "utilidade pública". Comprometendo progressivamente o governo brasileiro em seus programas, a Benfam vem mantendo financiamentos e pessoal técnico treinado nas principais universidades brasileiras, inclusive as federais, como no caso da Universidade da Bahia. Nessas universidades, além de utilizar a capacidade instalada já existente, a Benfam vem influenciando sobre os currículos, com seus cursos sobre "Reprodução Humana".

Em 27 de julho de 1977, assumindo oficialmente o controle da natalidade como uma política social do governo, o Ministério da Saúde lançou o "Plano de Prevenção da Gravidez de Alto Risco". Em 29 de julho de 1977, o jornal O Globo publicava declaração do Presidente do INPS:

"Pessoalmente o presidente do INPS, sr. Reinhold Stephanes sempre se manifestou favorável à idéia de proporcionar a todos o acesso aos meios para o planejamento familiar, já que hoje isso é privilégio de uma pequena faixa da população."

Na revista Veja de 3 de agosto de 1977, o sr. Rubens Vaz Costa declarava, com relação ao plano de distribuição de anticoncepcionais pe-

TABELA XLI

O CRESCIMENTO DA AÇÃO DA BENFAM NO BRASIL 1966 - 1975

ANO	Nº DE CONVÊNIOS ⁽¹⁾
1966	6
1967	19
1968	28
1969	35
1970	52
1971	66
1972	79
1973	(...)
1974	155
1975	239

FONTE: NEMESIS nº 2, publicação do Centro de Estudos de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais.

(1) Convênios com órgãos oficiais e privados para estabelecimento de programas e serviços de "planejamento familiar", tais como distribuição gratuitas ou a preços baixos de pílulas e implantação de DIUs (dispositivos intra-uterinos). Segundo a Benfam, em 1975 os convênios foram feitos com 5 Secretarias Estaduais, 91 organizações diversas (a maioria empresas), 1 órgão federal, 5 repartições estaduais e 137 Prefeituras Municipais.

lo Ministério da Saúde:

"É a democratização de uma prática absolutamente comum nas classes média e alta".

Analisando as declarações oficiais com relação ao planejamento familiar, diz Assis Pacheco (1978):

"Muitos pensam dessa forma, se 'rebelam' contra os 'privilégios' dos ricos em ter acesso fácil aos anticoncepcionais, o que seria profundamente antidemocrático. E proclamam 'indignados' que é preciso dar as mesmas oportunidades a todas as mulheres, pois que todas têm o mesmo direito de acesso às pílulas, morem em palacetes ou suntuosos apartamentos de cobertura, ou vivam 'democraticamente' nos tugúrios, nas favelas, cortiços ou alegados, muitas ainda sobrevivendo milagrosamente sob as pontes ou em construções abandonadas. É preciso que cesse a 'injustiça' e que estas últimas mulheres também ganhem as pílulas. Mas por que apenas a democracia da pílula?! Por que não dar a todas as mulheres o fácil acesso democrático ao feijão, à carne, ao pão, ao leite, aos ovos, aos legumes, às verduras, à escola, ao pleno emprego bem remunerado e até à universidade?" (grifos do autor).

Referindo-se a uma considerável literatura médica sobre os graves efeitos colaterais decorrentes do uso continuado dos diferentes anticoncepcionais, indaga mais uma vez Pacheco:

"Do exposto até agora é lícito indagar qual será o maior risco para a mulher pobre: os possíveis acidentes resultantes de uma gravidez de alto risco, os quais podem ser evitados, atenuados e mesmo suprimidos por adequada assistência pré-natal, dispensando muitas vezes até o uso

de medicamentos, ou os inevitáveis e muitas vezes incuráveis acidentes inerentes ao real risco do consumo de pílulas anticoncepcionais?!"

A Tabela XLII mostra que a taxa de crescimento vegetativo no Brasil, inicialmente crescente, passou de 15,21% no período 1870-75 a 24,59% no quinquênio 1915-1920 e a quase 30% no decênio 1950-1960, declinando em seguida para 28,30% no decênio seguinte, com a previsão feita em 1972 de baixa para 27,61% entre 1975 e 1980.

Esta Tabela inclui apenas o crescimento vegetativo, uma vez que as correntes migratórias internacionais praticamente não atuam sobre o volume da população e, mesmo nos períodos de máxima intensidade (1885 a 1900 e 1905 a 1915), a sua influência foi relativamente moderada.

Assim como a taxa bruta de mortalidade constitui um mau indicador das condições sanitárias gerais - pelo fato de depender também da estrutura etária da população, possuindo os países com populações mais velhas, como a França, Suíça e Dinamarca, taxas brutas de mortalidade semelhantes e até mais elevadas que a do Brasil - o mesmo ocorre com a taxa bruta de natalidade, que não reflete satisfatoriamente as condições de fecundidade feminina. Para um mesmo nível de fecundidade, a proporção de mulheres em idade fértil (entre 15 e 50 anos) pode diferir muito de uma população para outra, alterando a natalidade e mesmo a taxa de crescimento.

Madeira (1978), analisando estes dados à luz das teorias demográficas, conclui que "se o desenvolvimento econômico conduz a determinadas modificações estruturais que favorecem o declínio da fecundidade e quase diríamos, torna esse declínio fatal, isso não significa obriga

-toriamente que deva existir uma espécie de reversibilidade dos fenômenos sociais a ponto de se concluir que o declínio de fecundidade, provocado por condições artificiais e forçadas devam conduzir obrigatoriamente ao desenvolvimento econômico."

A "democracia da pílula", como mostra Pacheco, contrastando com os poucos recursos públicos destinados aos setores ditos sociais, como saúde e educação, além da intensa concentração da renda, dá a verdadeira dimensão do que constitui efetivamente a política social do governo para o setor da população a que acabamos de nos referir.

TABELA XLII

NATALIDADE, MORTALIDADE E CRESCIMENTO VEGETATIVO
DO BRASIL EM UM SÉCULO DE EVOLUÇÃO

Período	Taxa Bruta de Natalidade %	Taxa Bruta de Mortalidade %	Taxa Bruta Crescimento** %
1870-1875.....	46,33	31,12	15,21
1875-1880.....	46,66	30,19	16,47
1880-1885.....	46,77	29,10	17,67
1885-1890.....	46,55	28,00	18,55
1890-1895.....	46,32	26,84	19,48
1895-1900.....	46,33	25,71	20,62
1900-1905.....	46,53	24,61	21,92
1905-1910.....	46,69	23,61	23,08
1910-1915.....	46,61	22,69	23,92
1915-1920.....	46,46	21,87	24,59
1920-1940.....	44,37	24,94	19,43
1940-1950.....	44,37	20,60	23,77
1950-1960.....	43,32	13,43	29,89
1960-1970.....	37,73	9,43	28,30
1970-1975**	36,65	9,07	27,58
1975-1980**	35,49	7,88	27,61

* Somente o crescimento vegetativo (Natalidade-Mortalidade).

** Projeção (Alternativa inferior). Referência.

Extraído de Madeira (1978)

CAPÍTULO II

SAÚDE E PRODUÇÃO

Nos E.U.A., onde a aplicação da legislação é mais rigorosa que no Brasil, existem normas de exposição permissível para menos de 500 destas substâncias químicas tóxicas de uso corrente. Tais normas prevêm as concentrações máximas às quais os trabalhadores podem ser expostos durante oito horas por dia, todos os dias, sem desenvolverem doença. Este limite é conhecido por valor do limite de tolerância (VLT). A legislação especifica as diferentes substâncias químicas associando-as aos respectivos VLT, sendo que no caso brasileiro a norma regulamentadora nº 15, aprovada pela Portaria 3.214/78 estabelece esses limites para somente 200 substâncias.

Uma parte considerável dos locais de trabalho está permanentemente envolta por poeiras, névoas e vapores de substâncias químicas, muitos dos quais altamente tóxicos. Além das dificuldades legais para sua comprovação e do sub-registro de suas conseqüências sobre a saúde nas estatísticas oficiais, a maioria dos trabalhadores ignora como essas substâncias afetam o seu organismo, não tendo portanto consciência dos riscos de saúde e de vida que estão implícitos nas diferentes modalidades de tarefas em que estão envolvidos. A invisibilidade de boa parte das substâncias e poeiras tóxicas, bem como o caráter cumulativo e demorado dos efeitos, que muitas vezes só trarão conseqüências para o organismo após alguns anos de trabalho, dificulta a percepção do nexo causal entre o trabalho e a doença, muito mais claro no caso de acidente do trabalho dado o seu caráter súbito e traumático.

Se na Europa e nos E.U.A. a pesquisa toxicológica já é relativamente limitada quando comparada às demais áreas de pesquisa, no Brasil ela praticamente inexistente. O estabelecimento dos limites de tolerância pa-

-ra cada um dos agentes agressivos no ambiente de trabalho fundamenta-se simplesmente em conclusões tiradas a partir da experiência, ou seja, depois que os trabalhadores já foram expostos às condições adversas, analis-se o impacto que as mesmas tiveram sobre sua saúde. Como os dados em geral são insuficientes, as normas de tolerância são estabelecidas de forma arbitrária, esperando-se que os níveis não sejam muito altos.

Em países onde a força reivindicatória dos trabalhadores e de seus sindicatos é efetiva, costuma haver revisões dos níveis de tolerância. Compete assim aos próprios trabalhadores, com base nas conseqüên-cias já constatadas sobre sua saúde, através dos seus sindicatos, a prova de que determinados níveis são perigosos. Como não existe qualquer e-xigência de comprovação da segurança dos limites estabelecidos na legislação, resta aos próprios trabalhadores - com base nas seqüelas já constatadas - a demonstração de sua periculosidade.

Um bom exemplo nos E.U.A foi a recente revisão das normas de exposição ao mercúrio, que se tornaram mais rigorosas por pressão das rei-vindicações sindicais.

Uma circunstância indicativa do endosso legal à precariedade das condições gerais de trabalho, de caráter socialmente discriminatório, é que nem sempre os valores limites de tolerância definidos para os traba-lhadores equivalem aos valores estabelecidos para a sociedade como um todo. Mesmo nos E.U.A., no caso de substâncias químicas como monóxido de carbono ou bióxido de enxofre, é dado um nível de exposição aceitável para os trabalhadores e outro nível, bem mais baixo, nas normas comunitá-rias para o controle da poluição do ar. Os trabalhadores estão por conseguinte mais expostos aos riscos da poluição que o resto da população, fi-

-quando submetidos a concentrações mais altas de substâncias químicas tóxicas no trabalho - seja por ingestão, absorção cutânea ou inalação - além de continuarem a expor-se a concentrações mais baixas destas mesmas substâncias fora do trabalho.

Na lista descritiva de riscos químicos, muitas vezes determinadas substâncias vêm acompanhadas da seguinte observação: "sem registro de doença provocada por exposição industrial", o que significa que nenhum cientista ou médico descreveu minuciosamente uma enfermidade provocada pela substância. Mesmo que os trabalhadores possam saber que eles próprios ou os seus companheiros de trabalho adoecerão em virtude da exposição à substância química, esta, oficialmente, ainda deverá ser considerada inofensiva.

A aplicação da legislação - mesmo nos países onde é mais rigorosa - encontra obstáculos tais como, principalmente, a falta de inspetores em número suficiente para fiscalizar o cumprimento das normas, razão pela qual os trabalhadores acabam dependendo da boa vontade de seus empregadores no cumprimento da lei, o que evidentemente provoca sérias repercussões sobre sua saúde. Deste modo, a inexistência de um sistema eficaz de controle das substâncias tóxicas dispersas no ar torna o estabelecimento dos limites de tolerância um instrumento legal destituído de sentido prático.

Por outro lado, a lista abrange apenas uma parte das 15.000 substâncias químicas de uso industrial. Como a maioria dos trabalhadores está geralmente exposta a mais de uma substância química ao mesmo tempo e os efeitos desta múltipla exposição não são conhecidos, os VLT não prevêm a possibilidade de efeitos interatuantes ou cumulativos.

No Brasil, a norma regulamentadora 15.3 editada pela Portaria nº 3.214 de 8.6.78 estabelece que "no caso de incidência de mais de um fator de insalubridade, será apenas considerado o de grau mais elevado para o efeito de acréscimo salarial, sendo vedada a percepção cumulativa". Assim, num ambiente onde interatuam diferentes agentes agressivos, como substâncias químicas, calor, ruídos e ar comprimido, o operário só receberá adicional de insalubridade correspondente a um desses agentes, o de grau mais elevado, embora cada um deles atue de forma particular sobre sua saúde, isentando-se o empregador de qualquer responsabilidade com relação aos demais agentes agressivos. Por outro lado, a legislação não prevê uma proteção - nem mesmo estritamente pecuniária - ao trabalhador na interação destes diferentes agentes, cujo efeito de múltipla exposição sobre o organismo ainda é desconhecido.

Outra distorção na legislação brasileira consta do anexo nº 12 da referida Portaria, relativo aos limites de tolerância para poeiras minerais. Esta distorção ocorre no caso do asbesto (ou amianto), em que o limite de tolerância foi fixado num valor duas vezes maior em relação à legislação americana ou inglesa⁽²⁾. Enquanto nestes países a norma de tolerância para o asbesto é de 2 fibras/cm³, no Brasil foi fixada em 4 fibras/cm³, embora já existam suspeitas mesmo com relação ao grau de proteção das normas inglesa e americana, associadas, por exemplo, com os métodos usuais de medida e contagem das fibras de poeira. Este problema revela-se especialmente grave quando se considera que as condições de saúde e de trabalho na Europa e nos E.U.A. são bastante superiores, além do trabalhador brasileiro estar sujeito a um tempo de exposição mais prolongado a estas substâncias.

(2) Ver documento da I SEMSAT (I Semana de Saúde do Trabalhador), 1979.

-cias, pela extensão da jornada de trabalho e número de horas-extra .

A Tabela XLIII mostra o resultado de estudos realizados com trabalhadores americanos colocados em isolamento com asbesto. A maioria passava somente metade de seu tempo de trabalho manuseando o asbesto, o que representa uma exposição relativamente baixa. Estes dados se revestem de especial importância quando se considera que o asbesto ou amianto -- pela sua grande resistência -- é utilizado em larga escala na indústria moderna, sendo empregado na fabricação de mais de 3.000 produtos.

TABELA XLIII

CAUSAS DE MORTE ENTRE TRABALHADORES
EXPOSTOS AO ASBESTO

CAUSA	Porcentagem do total de causas de morte
<u>Todos os tipos de cânceres</u>	<u>40,4</u>
Câncer pulmonar	17,3
Mesotelioma	3,3
Câncer dos intestinos	11,1
Outros cânceres	7,7
<u>Asbestose</u>	<u>5,5</u>
<u>Demais causas</u>	<u>54,1</u>
Total	100,0

FONTE: Stellman & Daum (1975)

O consumo de asbesto nos Estados Unidos é de 1 milhão de toneladas, o que não difere muito da produção brasileira em 1977, de 1.512.997 toneladas de minério por ano e de 92.773 toneladas de fibra por ano (3). Selikoff, médico do Hospital Mount Sinai em Nova York, estima que do total da população trabalhadora americana exposta ao asbesto - 500.000 trabalhadores - cerca de 20% (100.000) adquirirão câncer de pulmão, 7% (35.000) asbestose e 7% (35.000) mesotelioma de pleura.

Não existem dados oficiais sobre a população brasileira exposta ao asbesto ou a qualquer outra substância tóxica. Sabe-se no entanto que no caso específico do asbesto - pela sua ampla utilização na indústria - que a população exposta é considerável: somando-se os trabalhadores na mineração, moagem e ensacamento de asbesto, os trabalhadores nas indústrias de isolamento elétrico e térmico, nas indústrias de equipamentos individuais de proteção ao calor e ao fogo, nas indústrias de fibro-cimento, de auto-peças, de tintas, de fiação e tecelagem de amianto e na construção civil, dentre outras, vemos que há um grande contingente de trabalhadores submetidos aos riscos que acabamos de descrever.

Um outro exemplo de doença profissional sub-registrada nas estatísticas oficiais é a silicose, uma pneumoconiose freqüente nos trabalhadores de minas, nas rochas de granito ou areia, pedreiras, cerâmica, etc. As pneumoconioses são lesões pulmonares decorrentes da inalação de partículas sólidas identificadas por sinais radiológicos característicos, com ou sem sinais clínicos evidentes. São lesões progressivas e irreversíveis

(3) Os dados relativos à produção brasileira de asbesto são do Departamento Nacional de Produção Mineral, publicados no Anuário Mineral Brasileiro, DEM, 1978, e foram divulgados pelo documento da I SEMSAT, 1979.

que se instalam entre 5 e 7 anos de exposição à poeira tóxica da sílica em suspensão, cuja sintomatologia evolui lentamente, em 3 fases: a inicial, pré-clínica, que apresenta apenas sinais radiológicos, é silenciosa e dura alguns anos; a segunda, intermediária, já apresenta sinais clínicos como dispnéia de esforço e tosse seca; e, finalmente, a fase avançada, com agravamento do quadro clínico: dispnéia intensa, sinais esteato-acústicos de bronquite catarral (por vezes com expectoração escura), dores torácicas continuadas, anorexia, perda de peso e fadiga ao menor esforço. A principal complicação que pode ocorrer é a tuberculose pulmonar, que agrava consideravelmente o prognóstico. A morte, quando ocorre, é devida geralmente a complicações cardiocirculatórias.

Em 7/1/79, o jornal Folha de São Paulo trazia a seguinte notícia sobre a incidência da silicose:

"Não são nada animadoras as perspectivas para os operários da indústria de cerâmica no Brasil, principalmente para os que trabalham com os pulmões já afetados pela silicose, devida à poeira em suspensão inteiramente invisível a olho nu. (...) Ontem, em uma reunião preparatória da Semana (da silicose), três diretores do Sindicato dos Trabalhadores na Indústria de Cerâmica, Porcelana, Louça e Pó de Jundiaí declararam-se afetados pela silicose. E do total calculado em 200 mil ceramistas em todo o Brasil, cerca de 25 mil estão contaminados (...) Segundo profissionais ligados à medicina do trabalho, as empresas não contam com instrumentos que meçam a intensidade da poeira lançada no interior das fábricas. O trabalho de moagem, lixamento e acabamento na indústria cerâmica exige ambiente especial, que nem todas as empresas podem oferecer, afirmou o presidente do sindicato dos ceramistas de Jundiaí, Ercílio Borreiro".

No Brasil - além das dificuldades comuns aos trabalhadores de todo o mundo - enfrenta-se ainda as limitações impostas pelo retrocesso que vem sofrendo a legislação acidentária, sem mencionar evidentemente o reduzido poder de reivindicação da classe trabalhadora. De qualquer forma, os primeiros passos já vêm sendo dados nesse sentido. Ainda este ano, durante a I SEMSAT, realizada em maio, em São Paulo, 49 Sindicatos e 6 Federações de Trabalhadores elaboraram um documento básico conjunto expressando as principais conclusões do encontro. Este documento contém, entre outras informações, uma importante - embora sucinta - análise da evolução histórica da legislação brasileira sobre acidentes do trabalho.

Analisando o percurso histórico da legislação, o documento aponta para o retrocesso que esta sofreu a partir do Decreto 293, de 28/2/67. Mostra que suas características mais importantes foram a eliminação do monopólio estatal do seguro social e do conceito de "concausas" como acidentes do trabalho. O monopólio estatal foi restabelecido em seguida pela Lei nº 5.316, de 14/9/67, a qual traz algumas vantagens com relação ao decreto anterior. Os decretos-leis nº 893 de 1969 e nº 71.037 de 1972 desencadeiam, por sua vez, um processo de franco retrocesso na legislação acidentária.

Rebouças (1979), analisando a Lei nº 6.367, de 19/10/76 e sua regulamentação mostra que ambos "acentuam drasticamente o caráter restritivo das anteriores, excluindo a reposição da maior parte dos casos de acidentes e doenças ocupacionais e reduzindo o valor dos benefícios. Doenças resultantes das condições de trabalho, como bronquites, varizes, hérnia, espondilopatias, reumatismo, etc., deixaram de ter o amparo legal. Afastou-se a viabilidade de cerca de 90% das demandas acidentárias

por doenças ocupacionais." Isto ocorre pelas exigências criadas pela lei em vigor para a configuração do benefício menor, que tornaram inviáveis a quase totalidade das ações baseadas em acidentes típicos ou moléstias profissionais, sofrendo os poucos benefícios remanescentes alterações nas bases de cálculo, com considerável redução de seu valor.

A veracidade das afirmativas de Rebouças quanto ao peso relativo das doenças resultantes das condições de trabalho pode ser constatada quando se analisa os resultados da pesquisa de Finocchiaro (1976). Este autor baseou seu estudo nas perícias médicas realizadas sobre 5.000 casos de acidentes e doenças do trabalho em São Paulo, com recurso às Varas Privativas de Acidentes do Trabalho em São Paulo, Osasco, Barueri e São Caetano, chegando à seguinte distribuição:

TABELA XLIV
DISTRIBUIÇÃO DE 5.000 PERÍCIAS MÉDICAS
SÃO PAULO, OSASCO, BARUERI E SÃO CAETANO

espondilopatias	3.016
traumatismos em geral	778
tuberculose	386
varizes	214
silicose	9
bronquites	164
sinusites	104
moléstias cardiovasculares	122
reumatismos	47
queimaduras	30
hérnias	28
Afecções oculares	53
Surdez	20
Dermatoses	4
Afecções neuropsiquiátricas	9
Diversos	16
TOTAL	5.000

FONTE: Finocchiaro (1976)

Observando que sua estatística tem um caráter específico, refe-

-rindo-se a acidentados ou doentes que moveram ação na Justiça para receber indenização, constatou grande desproporção entre o elevado número de casos de doenças do trabalho e o pequeno número de casos de "doenças profissionais".

É interessante observar o predomínio de doenças provocadas pelo desgaste mecânico - como as espondilopatias, que representam 60,3% das perícias - sobre as doenças degenerativas, mais "silenciosas", de difícil diagnóstico e identificação pelo trabalhador.

O autor chama atenção ainda para o fato de que existe grande diferença na frequência de doenças dessa estatística em relação àquela do INPS, uma vez que no INPS, quando se apresentam nos ambulatórios casos de tuberculose, espondiloartrose, asma brônquica, etc., tais moléstias são consideradas enfermidades sem relação com o trabalho e recebem, quando é o caso, o auxílio-doença previdenciário.

Na Justiça, como é elevada a porcentagem de casos julgados procedentes, a frequência de doenças classificadas como do trabalho é naturalmente bem mais alta. Neste caso, o segurado recebia o auxílio-doença securitário, mais vantajoso do que o auxílio-doença previdenciário.

É definido como procedente o caso em que a justiça julga o acidentado com direito às vantagens previstas na Lei de Acidentes do Trabalho, no caso a lei 5.316 de 14/9/67, que vigorava na época da pesquisa. No estudo dos 3.016 casos de espondilopatias, englobando as espondilopatias lombares, vertebrais difusas, dorsais, cervicais e dorsais, lombares e cervicais, e apenas cervicais, 2.979 casos foram julgados procedentes (98,77%).

A maior parte das espondilopatias vincula-se a profissões que e

-xigem esforço físico (carregador, pedreiro, ajudante, carpinteiro braçal e servente). Os resultados da pesquisa de Finocchiaro mostram que o servente é o operário mais atingido por desenvolver intenso esforço físico durante sua atividade, realizando constantes esforços em flexão (levantamento de sacos de cimento, de cal, de vigas, etc.), além de sofrer quedas de andaimes ou escadas. Segundo este autor, trata-se de "um operário indiferenciado, inapto física e psicologicamente para o trabalho pesado." (sic!).

Embora esta análise das perícias médicas permita detectar um número bem maior de doenças do trabalho do que as estatísticas do INPS, que - como veremos a seguir - acabam computando estas doenças como doenças comuns (sem qualquer vinculação com o trabalho), a verdade é que ainda assim persiste um considerável sub-registro das doenças ocupacionais relacionadas por lei.

Analisando as estatísticas do INPS como na Tabela XLV, vemos que as doenças do trabalho representam oficialmente uma parcela quase insignificante do conjunto de acidentes: no período 1971-1976 registrou-se um total de 14.851 doenças do trabalho, das quais apenas 5% eram doenças profissionais "típicas" (como por exemplo a silicose), o que indica um total de menos de 800 casos em 6 anos, revelando um evidente sub-registro.

Mendes (1978) estima, ao contrário, somente com relação à sílica, a existência de 20.000 ou 30.000 trabalhadores sofrendo de silicose pulmonar, desconhecendo-se o número dos portadores de outras doenças pulmonares provocadas por substâncias como o asbesto, berílio, ferro, mica, alumínio, bagaço de cana, algodão, linho, sisal, cânhamo, etc. Em trabalho

TABELA XLV

DISTRIBUIÇÃO DOS DIFERENTES TIPOS DE ACIDENTE
DO TRABALHO SEGUNDO A CARACTERIZAÇÃO BRASIL
1971 - 1976

ANO	ACIDENTE TÍPICO	ACIDENTE TRAJETO	DOENÇA TRABALHO	TOTAL
1971	1.308.335 (98,33%)	18.138 (1,36%)	4.050 (0,31%)	1.330.523 (100,00)
1972	1.479.318 (98,31%)	23.016 (1,53%)	2.389 (0,16%)	1.504.723 (100%)
1973	1.602.517 (98,15%)	28.395 (1,73%)	1.784 (0,12%)	1.632.696 (100%)
1974	1.756.649 (97,77%)	38.273 (2,13%)	1.839 (0,10%)	1.796.761 (100%)
1975	1.869.689 (97,57%)	44.307 (2,31%)	2.191 (0,12%)	1.916.187 (100%)
1976	1.692.833 (97,07%)	48.394 (2,78%)	2.598 (0,15%)	1.743.825 (100%)
SUB-TOTAL	9.709.341	200.523	14.851	9.924.715
1977	(n.d.) ^(*)	(n.d.)	(n.d.)	1.614.750
1978	(n.d.)	(n.d.)	(n.d.)	1.564.380
TOTAL	-	-	-	13.103.845

FONTES: INPS/MPAS, Secretaria de Seguros Sociais, Extraído de Escosteguy
(1978) FUNDACENTRO (1978)

(*) Não disponível.

anterior, este mesmo autor (Mendes, 1975) já chamava atenção para o irrisório número de casos de "doenças do trabalho" registrados nas estatísticas oficiais, com apenas 118 em seis anos, num total de 6.310 acidentes graves em São Paulo.

Os dados da Tabela XLV apontam para uma considerável redução - em números absolutos - no número de doenças do trabalho no período 1971-1976; de 4.050 em 1971 para 2.598 em 1977, isto é, de cerca de 36% no período. Constatase que nem mesmo as doenças "profissionais" legalmente relacionadas vêm merecendo por parte das autoridades um controle rigoroso como seria de se desejar, já que a simples constatação de um dos 21 agentes patogênicos previstos por lei dispensa a comprovação do nexo causal.

Este contraste entre as estatísticas oficiais e a realidade sentida pelos próprios trabalhadores e constatada no dia a dia dos ambulatórios médicos, encobre um considerável sub-registro destas enfermidades, cujo caráter irreversível reduz progressivamente a capacidade de trabalho e o tempo de vida.

De qualquer forma, não deixa de ser surpreendente constatar a impressionante cifra - ainda que largamente subestimada - de mais de 13 milhões de acidentados em um período de apenas 8 anos.

Tudo indica, contudo, que o sub-registro tenda a aumentar ainda mais, inclusive com relação aos acidentes "típicos", considerando-se o retrocesso que hoje se verifica na legislação acidentária. Segundo o documento da I SEMSAT esta legislação passou por uma indiscutível evolução desde a lei promulgada em 1919 até o Decreto-lei de 10.11.1944, pela progressiva ampliação dos benefícios aos acidentados, doentes do trabalho e

aos seus dependentes.

A partir daí o retrocesso legislativo vem se acentuando praticamente em toda a legislação subsequente, culminando com a Lei 6.367 de 1976. Os acidentes e doenças do trabalho deixaram, na quase totalidade dos casos, de comportar a reparação correspondente e os benefícios pagos sofreram diminuição apreciável. O documento cita Rebouças, quando este autor diz: "Convém salientar que a tendência jurisprudencial orienta-se no sentido de interpretar a lei ao pé da letra." As ações propostas demoram anos a fio com evidentes prejuízos para o acidentado, o que vem desestimulando a classe trabalhadora a recorrer ao Judiciário.

Este retrocesso vem reduzindo significativamente o número de ações propostas nas diversas varas da Capital de São Paulo. Observa-se na Tabela XLVI uma queda no número de ações propostas de 21.853 em 1965 para 6.414 em 1975, apesar do número de trabalhadores segurados ter duplicado e o número de acidentes do trabalho (incluindo-se aqui as doenças profissionais e do trabalho) ter crescido na mesma proporção.

A restrição do conceito de acidente de trabalho - aí incluídas as doenças do trabalho ou profissionais - fica clara quando se analisa a "evolução" da legislação acidentária. Segundo a lei nº 5.316 de 14 de setembro de 1967 o acidente de trabalho englobava quatro modalidades de agravos à saúde: o acidente tipo, a doença profissional, a doença do trabalho e o acidente em trajeto.

O § 1º do art. 2º da mencionada Lei trata da doença do trabalho:

"Art. 2º

§ 1º Doença do trabalho será:

a) qualquer das chamadas doenças profissionais, inerentes a de -

TABELA XLVI

NÚMERO DE FEITOS REGISTRADOS NOS CARTÓRIOS DOS 1º, 2º, 3º E 4º
OFÍCIOS PRIVATIVOS DE ACIDENTES DO TRABALHO NA CAPITAL DE
SÃO PAULO

ANO VARAS	1º	2º	3º	4º	TOTAIS
1965	6.174	6.025	4.713	4.941	21.853
1966	5.972	5.442	6.511	5.371	23.296
1967	4.335	4.281	4.304	4.197	17.117
1968	4.289	4.176	4.209	4.162	16.836
1969	3.204	3.065	3.226	3.198	12.693
1970	1.577	1.517	1.681	1.523	6.298
1971	1.839	1.804	2.730	1.609	8.192
1972	1.876	1.939	1.865	1.838	7.518
1973	1.312	1.273	1.281	1.269	5.135
1974	1.226	1.183	1.187	1.187	4.783
1975	1.633	1.580	1.623	1.578	6.414

FONTE: REBOUÇAS (1979).

Extraído de I SENSAT (1979).

-terminados ramos de atividade e relacionadas em ato do Ministério do Trabalho e Previdência Social;

b) a doença, não degenerativa nem inerente a grupos etários, resultante das condições especiais ou excepcionais em que o trabalho seja executado, desde que diretamente relacionada com a atividade exercida, cause redução da capacidade para o trabalho que justifique a concessão do benefício por incapacidade previsto nesta Lei." (Redação do Decreto-lei nº 893, de 26 de setembro de 1969).

O Regulamento - Decreto nº 61.784, de 28 de novembro de 1967 - trata da matéria em seu art.4º:

"Art.4º. Doença do trabalho será:

I - qualquer das doenças profissionais inerentes a determinados ramos de atividade e relacionadas em ato do Ministério do Trabalho e Previdência Social;

II- a doença resultante das condições especiais ou excepcionais em que o trabalho seja realizado."

O art.5º do Regulamento, no mesmo sentido do art.5º da Lei nº 5.316, equipara acidente e doença do trabalho:

"Art.5º. Para os efeitos deste Regulamento:

I - equipara-se ao acidente do trabalho a doença do trabalho;

II- equipara-se ao acidentado o empregado acometido de doença do trabalho;

III- considera-se como data do acidente, quando se tratar de doença do trabalho, a da comunicação desta à empresa ou ao INPS."

Embora o conceito legal expresso na Lei 5.316 relativo à doença do trabalho englobe as doenças profissionais, a verdade é que passou a existir aí uma distinção crucial, para a qual Opitz (1968) já chamava a atenção:

"Há uma grande diferença conceitual na lei atual. As anteriores entendiam como profissionais, além das chamadas assim, as resultantes das condições especiais ou excepcionais em que o trabalho fosse realizado. Agora não. As doenças profissionais são aquelas inerentes a determinados ramos de atividades e relacionadas em ato do Ministro do Trabalho e Previdência Social. São as doenças típicas profissionais, que independem de prova da relação causal; ao passo que as atípicas são aquelas que, embora sejam do trabalho, resultam das condições especiais ou excepcionais em que a atividade se realiza. Para efeito da lei, equiparam-se ao acidente do trabalho.

Aparentemente, parece não haver grande importância nessa distinção, mas há. Numa, como vimos, presume-se a relação de causa, e enquanto efeito, noutra, necessário se torna a prova dela."

Como diz Ana Maria Arouca (1978), referindo-se a este texto legal, as doenças profissionais passaram a ser distintas das doenças do trabalho:

"Enquanto as últimas resultam de condições especiais de trabalho, porém não específicas de determinadas atividades profissionais, as primeiras são específicas de determinadas atividades, produzidas pela exposição prolongada a agentes patógenos ligados ao processo de trabalho, dispensando a comprovação do nexu causal doença/trabalho exercido."

As doenças do trabalho "não-profissionais", de acordo com a con

ceituação legal referida, passaram a tornar imprescindível a prova do nexo causal da doença pelo acidentado, sem o que o acidente não se caracterizaria, sendo a ação julgada improcedente.

Russomano (1957) apresenta uma relação exemplificativa das doenças do trabalho:

"São doenças cujo aparecimento e progresso resultam de circunstâncias que cercam a prestação de serviços. Por exemplo: o trabalho em pântano, determinado pela necessidade de obras de saneamento, pode ocasionar doenças especiais, inclusive o impaludismo, sem que ele seja uma enfermidade profissional. A tuberculose, igualmente, pode ter esse caráter, resultando dos serviços penosos e excessivos, das condições higiênicas do ambiente, etc.(...)

Impossível, no entanto, é a sua enumeração. A prática se encarregará de demonstrar, caso a caso, quando existe uma ligação nítida entre o mal do doente e o exercício do seu trabalho. Não obstante, os autores mencionam as enfermidades que, mais seguidamente, se apresentam com tais características.

Dentre essas enfermidades mais vulgares, podemos, por nosso turno, citar as seguintes:

a) Afecções cardíacas - Essas afecções são comuns como consequência de trabalhos pesados e contínuos, tais como o de estiva braçal. Assumem na prática, várias formas e, segundo as estatísticas, constituem um grande contingente dos casos de incapacidade permanente do trabalhador para desempenho de seu ofício.

b) Epilepsia - A epilepsia, normalmente, não constitui doença

profissional. Poderá, no entanto, caracterizar o acidente indenizável, quando tiver origem traumática, por exemplo.

c) Apendicite - Quando resultante, também, de esforço ou traumatismo.

d) Hérnia - Pode ser determinada por um excessivo e momentâneo esforço muscular. O primeiro caso é típico dos acidentes em geral. O segundo é de comprovação mais difícil. A perícia médica, porém, poderá revelar se a hérnia é ou não resultante do trabalho.

e) Pneumonia - A pneumonia pode ser contraída, por exemplo, quando o empregado que trabalha em câmaras frias se vê na contingência, habitual ou ocasional, de passar bruscamente por ambiente de temperatura muito diversa.

f) Rupturas musculares, orquite e afecções similares, varizes, lesões da coluna vertebral, etc. - Oriundas, na sua maior parte, de contusões ou de movimentos penosos, quando vinculados ao trabalho desenvolvido pela vítima.

g) Insolação ou intermação - Conforme, respectivamente, o trabalhador sofra as consequências de estar exposto à luz solar ou não estar suficientemente protegido do calor, no desempenho das suas atividades normais.

Como estas, muitas outras enfermidades poderiam ser relacionadas, mas, naturalmente, escapariam às finalidades meramente exemplificativas destas observações."

Referindo-se a estas chamadas "mesopatias" (doenças do trabalho não classificadas como profissionais), Piragibe Magalhães (1972), na qualidade de Curador de Acidentes do Trabalho no então Estado da Gua-

-nabara, observava:

"(...) Ainda ocorrem, às vezes, injustiças contra os acidentados, devidas, sobretudo, ao mau conhecimento da lei por parte de alguns peritos (conforme esperamos demonstrar no capítulo referente à perícia) que timbram em elaborar seus laudos partindo de conhecimentos estritamente médicos, sem se interessarem pelo que ensinam e doutrina e a Jurisprudência a respeito da relação de causalidade de tais casos".

A distinção entre "causa e condição", "causa e ocasião", "causa e concausa", para efeitos da incidência legal, passou a ser objeto de diferentes interpretações, levando muitas vezes à polêmica em torno de filigranas jurídicas, que entretanto podem ter conseqüências importantes.

Dizia Opitz:

"(...) No caso concreto, tem-se de levar em conta todos os elementos fáticos que concorreram para os efeitos apontados na lei, quer isolados, quer conjuntamente, pois todos se equivalem na causalidade apontada. Um exemplo esclarece melhor essa teoria.

A morte provocada pelo tétano adquirido pelo operário no trabalho, quer em virtude de um pequeno corte ou da existência de uma pequena ferida, na mão ou no pé, caracteriza o acidente do trabalho, embora o acidente em si jamais causasse a morte do operário".

Piragibe Magalhães, seguindo a mesma linha de raciocínio de Opitz, refere-se à questão da relação de causalidade:

"O § 2º do art. 2º da Lei nº 5.316 claramente mantém o acidente-concausa, ou acidente acompanhado de concausa, como indenizável. A expressão 'haja contribuído para a morte ou a perda ou redução da capaci-

-dade para o trabalho' não pode ser apreciada em separado e sim dentro do contexto da frase, isto é, ligada ao trecho que a antecede: "embora não tenha sido a causa única."

O trecho citado por este comentarista está expresso no parágrafo único do art. 3º do Regulamento (Decreto nº 61.784, de 1967):

"Art.3º

Parágrafo único. Será considerado como do trabalho o acidente que, embora não tenha sido causa única, haja contribuído diretamente para a morte ou a perda ou redução da capacidade para o trabalho".

A Lei atual nº 6.367/76, representa um grande retrocesso no que diz respeito à abrangência do conceito de doença do trabalho. Na Lei nº 5.316, como vimos, doença do trabalho é a categoria mais geral, onde se incluem as doenças profissionais, embora Opitz já chamasse a atenção para a considerável limitação implícita na distinção que estabelece quanto à necessidade ou não de comprovação do nexu causal. A Lei atual cria restrição ainda maior ao não distinguir mais entre os conceitos de doença profissional e do trabalho, identificando-os, em favor da primeira, o que evidentemente elimina a doença do trabalho como conceito independente. Como se vê no texto legal, a possibilidade de comprovação do nexu causal torna-se uma situação excepcional:

"§ 1º - Equiparam-se ao acidente do trabalho, para os fins desta

Lei:

I - a doença profissional ou do trabalho, assim entendida a inerente ou peculiar a determinado ramo de atividade e constante de relação organizada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS);

.....

§ 3º - Em casos excepcionais, constatando que a doença não inclui

-da na relação prevista no item I do § 1º resultou de condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente, o Ministério da Previdência e Assistência Social deverá considerá-la como acidente do trabalho."

O Decreto nº 79.037, de 24/12/76, estabelece em seu Anexo I, conforme mostra o Quadro II, as atividades profissionais vinculadas aos agentes patogênicos que caracterizam na lei atual as doenças profissionais ou do trabalho. Estas tendem portanto a ser cada vez mais as "inerentes" a determinada atividade, relegando-se a comprovação do nexo causal a uma possibilidade muito remota.

QUADRO II

AGENTES PATOGÊNICOS QUE PELO DECRETO LEI Nº 79.037 DE 24.12.1976 EM VIGOR CARACTERIZAM AS DOENÇAS PROFISSIONAIS OU DO TRABALHO⁽¹⁾

- 1- ARSÊNICO
- 2- ASBESTO
- 3- BENZENO, SEUS HOMÓLOGOS OU SEUS DERIVADOS NITROSOS E AMINADOS.
- 4- BERÍLIO
- 5- BROMO
- 6- CÁDMIO
- 7- CHUMBO
- 8- CLORO
- 9- CROMO
- 10- FLUOR
- 11- FÓSFORO
- 12- HIDROCARBONETOS DA SÉRIE GRAXA (DERIVADOS HALOGENADOS)
- 13- IODO
- 14- MANGANÉS
- 15- MERCÚRIO
- 16- MONÓXIDO DE CARBONO
- 17- SÍLICA
- 18- SULFETO DE CARBONO
- 19- ALCATRÃO, BREU, SETUME, HULHA MINERAL, PARAFINA OU PRODUTOS RESIDUAIS DESTAS SUBSTÂNCIAS.
- 20- PRESSÃO ATMOSFÉRICA
- 21- RADIAÇÕES IONIZANTES

(1) "A doença profissional ou do trabalho estará caracterizada quando, diagnosticada a intoxicação ou afecção, se verificar que o empregado exerce atividade de que o expõe ao respectivo agente patogênico, constante deste quadro".

O Quadro III mostra as principais diferenças entre a lei anterior e a atual, de acordo com estudo comparativo realizado pela Secretaria de Seguros Sociais do INPS. O Quadro IV transcreve os principais benefícios a que pode recorrer o acidentado, segundo a nova lei.

QUADRO III

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE A ANTIGA E A NOVA LEI DE ACIDENTES DO TRABALHO

<p>Lei nº 5.316/67</p> <p>PRESTAÇÕES EM GERAL (Benefícios e Serviços)</p> <p>I - Benefícios:</p> <p>Auxílio-doença:</p> <p>92% do salário-de-contribuição do dia do acidente.</p> <p>Aposentadoria por invalidez</p> <p>100% do salário-de-contribuição do dia do acidente, acrescido de 25% quando necessitar de acompanhante.</p> <p>Pensão por Morte</p> <p>100% do salário-de-contribuição do dia do acidente.</p> <p>Pecúlio por morte</p> <p>18 vezes o valor de referência.</p> <p>Exemplo: tomando-se por base o Rio de Janeiro:</p> <p>18 x 638,00 = 11.484,00</p> <p>Pecúlio por invalidez</p> <p>18 valores de referência somente para os casos em que o valor da aposentadoria previdenciária for igual ou superior a 90% da aposentadoria por acidente do trabalho. (Na prática esse confronto não tem beneficiado mais do que 5% do acidentado).</p> <p>Auxílio-acidente - vitalício</p> <p>Valor variável de 30 a 60% do salário-de-contribuição.</p>	<p>Lei nº 6.367, de 19/10/76</p> <p>PRESTAÇÕES EM GERAL (Benefícios e Serviços)</p> <p>I - Benefícios:</p> <p>Auxílio-doença:</p> <p>Igual</p> <p>Igual</p> <p>Igual</p> <p>Pecúlio por morte</p> <p>30 vezes o valor de referência.</p> <p>Exemplo:</p> <p>30 x 638,00 = 19.140,00</p> <p>Pecúlio por invalidez</p> <p>15 vezes do valor de referência a todos os acidentados que forem aposentados. Abrange, assim, a totalidade dos casos.</p> <p>Auxílio-acidente</p> <p>Valor fixo de 40% do salário-de-contribuição devido aos acidentados que voltam para o exercício de atividade diversa.</p>
--	--

Pecúlio por redução da capacidade Variável de 1 a 25% de 72 valores de referência. Média verificada de grau de redução: 7%, cujo valor é de Cr\$ 3.215,50.

Cálculo de auxílio-doença, aposentadoria e pensão de "avulsos".

À base do salário-de-contribuição do mês de calendário anterior ao do acidente.

Início do benefício

Auxílio-doença: a partir do dia seguinte ao do acidente.

II-SERVIÇOS:

Assistência médica (ambulatorial, cirúrgica, hospitalar farmacêutica e odontológica).

Reabilitação Profissional

PREVENÇÃO DE ACIDENTE:

I - Mantinha programa de prevenção junto às empresas.

II - Contribuição para a FUNDACENTRO um valor correspondente a 0,23% da receita geral do seguro: (contribuição anual: Cr\$ 7.200.000,00)

CUSTEIO

O sistema atual prevê duas modalidades de tarifas:

Tarifa I - constituída de 11 taxas variáveis entre 0,5 a 8,75% para as empresas que optaram para contribuir sem o encargo do pagamento do salário nos primeiros 15 dias de afastamento do empregado;

Tarifa II - constituída de 11 taxas, variáveis de 04 a 7%, para as empresas que ficaram com o encargo do pagamento dos primeiros 15 dias do afastamento do empregado por acidente.

Auxílio-mensal

Valor de 20% do salário-de-contribuição para os que voltam para a mesma atividade com sequelas que exigem maior esforço permanente.

Cálculo de auxílio-doença, aposentadoria e pensão de "avulsos".

Média aritmética dos doze (12) maiores salários-de-contribuição compreendidos nos últimos dezoito (18) meses anteriores ao do acidente. Não possuindo o acidentado mais de 12 meses de contribuição o cálculo se faz com base na média aritmética dos meses existentes.

16º dia do afastamento do trabalho.

Nos casos de avulso a partir do dia seguinte ao do acidente.

II-SERVIÇOS

Igual

Reabilitação Profissional

Igual

PREVENÇÃO DE ACIDENTE:

I - Pela Lei nº 6.229, de 17/07/75, as atividades de prevenção de acidentes de trabalho ficaram a cargo do Ministério do Trabalho.

II - Contribuição para a FUNDACENTRO em valor correspondente a 0,5% da receita geral do seguro (contribuição prevista para 1977 - 30 milhões).

III - Contribuição para o FAS: 1,25% da receita. Cerca de 75 milhões em 1977.

CUSTEIO

O sistema a ser adotado a partir de 1-1-77 data da vigência da nova lei prevê apenas três taxas, a saber:

I - 0,4% para a empresa em cuja atividade o risco de acidente do trabalho seja considerado leve;

II 1,2% para a empresa em cuja atividade de esse risco seja considerado médio;

III - 2,5% para a empresa em cuja atividade esse risco seja considerado grave.

FONTE: INPS/MPAS, Secretaria de Seguros Sociais.
(*) Segundo Escosteguy (1977), era de Cr\$ 3.744,72.

QUADRO IV

PRESTAÇÕES

(Decreto-lei 79.037 de 24/12/76)

I. Auxílio-doença - será devido ao acidentado que ficar incapacitado para o seu trabalho por mais de 15 dias, correspondendo a 92% do salário de contribuição, sendo devido a contar do décimo sexto dia seguinte ao afastamento do trabalho em consequência do acidente.

II. Auxílio-suplementar - será devido a contar da cessação do auxílio-doença ao acidentado que, após a consolidação das lesões resultantes do acidente, apresentar, como seqüela definitiva, perda anatômica ou redução da capacidade funcional constante da relação constante do Anexo III, a qual, embora sem impedir o desempenho da mesma atividade, demande permanentemente maior esforço na realização do trabalho. Corresponde a 20% do salário de contribuição.

III. Auxílio-acidente - será devido ao acidentado que, após a consolidação das lesões resultantes do acidente, permanecer incapacitado para a atividade que exercia na época do acidente, mas não para outra. Corresponde a 40% do salário de contribuição.

IV. Pecúlio por invalidez - pagamento único correspondente a 15 vezes o valor de referência vigente na data da autorização do pagamento na localidade de trabalho do acidentado.

V. Aposentadoria por invalidez - será devida ao acidentado que, estando ou não em gozo de auxílio-doença, for considerado incapaz para o trabalho e insuscetível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência. Corresponde ao salário de contribuição.

Assim, uma vez cessado o auxílio-doença, o segurado poderá fazer jus ao auxílio-suplementar ou ao auxílio-acidente, se voltar no primeiro caso à atividade que exercia ou se passar para outra atividade, no segundo caso. Se for considerado incapaz para o trabalho, recebe aposentadoria e pecúlio por invalidez.

A lei 6.357/76 apresenta várias restrições com relação aos benefícios concedidos pela lei anterior. O auxílio- complementar, por exemplo, respondendo a 20% do salário de contribuição, pressupõe que o acidentado pode retornar à atividade que exercia na época do acidente, ainda que com maior esforço permanente. Contudo, o anexo que relaciona as situações em que este auxílio pode ser concedido, prevê condições que pelo seu grau de gravidade máxima estariam próximas da incapacidade e não de um benefício menor. Assim, inclui, por exemplo: lesão da musculatura extrínseca do olho, acarretando paresia ou paralisia; perda da audição no ouvido acidentado, redução da audição em grau médio ou superior em ambos os ouvidos, quando os dois tiverem sido acidentados; perturbação da palavra em grau médio ou máximo; perda de segmentos de membros (sendo que a perda de partes moles sem perda de parte óssea do segmento não faz jus ao auxílio); alterações articulares (variando do grau de redução médio - mais de 1/3 e até 2/3 da amplitude normal do movimento da articulação - até a imobilidade - perda dos movimentos da articulação); encurtamento de mais de 4 centímetros de membro inferior; redução da força ou capacidade funcional dos membros nos casos em que há impossibilidade quase total e mesmo total de movimento e contração muscular, inclusive paralisia completa ("grau sofrível ou inferior"), decorrentes de comprometimento muscular ou neurológico; perda de um rim; perda de genitália "ainda que em parte"; lesão urológica que traga como seqüela "perturbação acentuada da micção"; pneumectomia ou lobectomia pulmonar; dentre outras seqüelas variando do grau médio à incapacidade máxima. Todas estas situações, apesar de sua evidente gravidade, são caracterizadas como "benefício menor" e não dão direito ao auxílio-acidente - de 40% do salário de contribuição - por permitirem "um retorno à mesma ativi-

-dade realizada à época do acidente."

Como verificamos, criaram-se exigências absurdas para a concessão dos benefícios, deixando-se inúmeras lesões a descoberto. Cabe citar o caso do portador de lesão na coluna vertebral, que por lei só recebe o auxílio - suplementar de 20% se apresentar a redução, em grau máximo, dos movimentos da articulação cervical ou lombo-sacra. Esta situação configura, na maioria dos casos, uma condição de quase invalidez, tornando o acidentado incapaz de executar a atividade habitual ou mesmo atividades semelhantes. O benefício menor tende assim cada vez mais a cobrir, na prática, sequelas que por sua gravidade deveriam dar lugar ao recebimento de benefícios superiores.

De outro lado, a correspondência do valor do benefício com o grau de gravidade do acidente tem como fundamento a capacidade de retorno ou não à mesma tarefa, e não necessariamente as condições reais de saúde do trabalhador. Uma mesma situação - por exemplo, a perda total da articulação dos punhos - para um trabalhador manual do ramo eletrônico que trabalha com soldas e depende da destreza manual pode levar ao auxílio-acidente de 40%, e para uma trabalhadora cuja principal função é pedalar uma máquina, não impediria o retorno à mesma atividade e portanto faria jus apenas ao auxílio suplementar de 20%.

Quanto às doenças profissionais, seu enquadramento no auxílio-suplementar também revela situações absurdas, tais como a dos portadores de silicose ou asbestose, considerados como aptos a continuarem exercendo a mesma atividade. Por exemplo, o regulamento considera como merecendo auxílio suplementar os seguintes casos de redução da capacidade funcional do aparelho respiratório:

"a) alteração fibrótica pleuropulmonar, seqüela do traumatismo torácico com lesão pleuropulmonar, acarretando comprometimento comprovado, em grau médio, da capacidade funcional respiratória ainda compatível com o desempenho da mesma atividade.

b) pneumoconiose, enquadrada como doença profissional ou do trabalho, acarretando comprometimento comprovado, em grau médio, da capacidade funcional respiratória, ainda compatível com o desempenho da mesma atividade."

Ao mesmo tempo, o auxílio-acidente ficou reduzido ao percentual único de 40%, ao contrário da Lei nº 5.316/67, que o estabelecia entre os índices de 30 a 60%, conforme a possibilidade de exercer a mesma profissão ou outra de nível igual ou inferior. De acordo com o critério variável para concessão do auxílio-acidente estabelecido pela lei anterior, é possível analisar a distribuição dos acidentes em 1976 que resultaram neste tipo de benefício, com base nos dados do INPS apresentados na Tabela . Um dado importante a ser observado é que já era difícil caracterizar a condição de acidentado para fins do auxílio-acidente, restringindo-o aos casos mais graves.

Vemos na Tabela XLVII que mais de 70% dos auxílios-acidente situavam-se na faixa de benefício de 40 a 60% do salário de contribuição e cerca de 45% na faixa de 50 a 60% sobre o salário. Todos estes tiveram o auxílio-acidente reduzido para 40%, ou seja, o limite mínimo inferior. Ao mesmo tempo, 29% dos acidentados que retornam à mesma atividade - os quais tinham direito ao auxílio-acidente de 30% - passaram a receber auxílio - suplementar de 20%. Esta redução no auxílio tem ainda um agravante, como já vimos, no fato de que a nova lei passa a considerar como passíveis de retorno à mesma atividade condições mais graves de incapacidade, que na lei anterior encontravam-se mais próximas da invalidez, acarretando maior bene

TABELA XLVII

DISTRIBUIÇÃO DOS ACIDENTES DE ACORDO COM O CRITÉRIO VA

-RIÁVEL PARA CONCESSÃO AO AUXÍLIO-ACIDENTE

BRASIL - 1976

	(Lei 5.316/67) Nº DE CASOS
Situação 1 -volta à mesma atividade (antigos 30 e 35%)	2.461 (29,21%)
Situação 2 -volta a atividade de mesmo nível (antigos 40 e 45%)	2.188 (25,97%)
Situação 3 -volta a atividade de nível inferior (antigos 50 e 55%)	1.821 (21,61%)
Situação 4 -volta a atividade inferior com redução de rendimento (antigos 60%)	1.955 (23,21)
T O T A L	8.425 (100,0)

FONTE: INPS/MPAS, Secretaria de Seguros Sociais.

Extraído de Escosteguy (1977).

-fício.

No que se refere à compensação de seqüelas, a Lei 6.367 eliminou o pecúlio por redução de capacidade, remanescente do Decreto-lei 7.036 de 1944. Segundo Escosteguy (1977), este pecúlio consistia em "pagamento único por pequenas perdas sem repercussão laborativa, prestação que não tinha maior significado social e que servia para geração de demandas administrativas e judiciais." (grifo nosso). O pecúlio por redução de capacidade representava, contudo, a maior parte dos benefícios (mais de 80%), como mostra a Tabela . Isto ocorreu provavelmente pelo aumento no número de acidentes a uma taxa superior ao crescimento do emprego no período, de um lado, e de outro, pelo aumento considerável em sua gravidade, como sugerem as taxas médias de crescimento anual do total de benefícios e das aposentadorias por invalidez, respectivamente de 9% e 20,7%.

Segundo o próprio Escosteguy, o grau médio de redução de capacidade em 1976 foi de apenas 7% e seu custo médio unitário de Cr\$ 3.744,72. Neste mesmo ano, os 55.737 pecúlios por redução de capacidade distribuíram-se pelos seguintes valores percentuais:

TABELA XLVIII
DISTRIBUIÇÃO DOS PECÚLIOS POR REDUÇÃO DE CAPACIDADE
BRASIL - 1976

VALOR	NÚMERO DE CASOS (%)	
Valor - 1 a 5%	29.791	53,4
Valor - 6 a 10%	15.152	27,2
Valor - 11 a 15%	5.664	10,2
Valor - 16 a 20%	3.269	5,9
Valor - 21 a 25%	1.861	3,3
TOTAL	55.737	100,0

FONTE: INPS/MPAS, Secretaria de Seguros Sociais.
Extraído de Escosteguy (1977).

A substituição do pecúlio por redução de capacidade pelo auxílio-su

TABELA XLIX

DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS
RELATIVOS A ACIDENTES DO TRABALHO
BRASIL 1971 - 1976

ANO	Pecúlio Redução de Capacidade	Auxílio Acidente	Aposentadoria p/Invalidez	Óbito	TOTAL
1971	36.420 (80,2%)	5.743 (12,7%)	689 (1,5%)	2.559 (5,6%)	45.411 (100,0%)
1972	40.936 (83,1%)	4.917 (10,0%)	599 (1,2%)	2.805 (5,7%)	49.257 (100,0%)
1973	52.811 (85,3%)	5.198 (8,4%)	820 (1,3%)	3.122 (5,0%)	61.951 (100,0%)
1974	57.655 (83,4%)	6.538 (9,5%)	1.151 (1,7%)	3.764 (5,4%)	69.108 (100,0%)
1975	60.295 (80,6%)	8.816 (11,8%)	1.699 (2,3%)	3.942 (5,3%)	74.752 (100,0%)
1976	55.737 (80,0%)	8.425 (12,0%)	1.765 (2,5%)	3.900 (5,5%)	69.827 (100,0%)
TOTAL	303.854 (82,1%)	39.637 (10,7)	6.723 (1,8%)	20.092 (5,4%)	370.306 (100,0%)

FONTE: Elaborada a partir de dados do INPS/MPAS - Secretaria de Seguros Sociais.

TAXAS DE CRESCIMENTO (%) DOS BENEFÍCIOS CONCEDIDOS
BRASIL, 1971 - 1976

TAXAS	Pecúlio Red. cada cidade	Auxílio Acidente	Aposent.p/ Invalidez	Óbito	TOTAL
Taxa de crescimento no período	53	47	156	52	54
Taxa Média de crescimento anual	8,9	8,2	20,7	8,7	9,0

-plementar - como afirmam os responsáveis pela legislação securitária - na verdade não ocorre, pois o pecúlio cobria seqüelas de menor gravidade que as queelas previstas no decreto que regulamenta a nova lei. Como o próprio Escosteguy afirma, o pecúlio foi substituído "em parte, aliás na parte que cabia, pelo auxílio-suplementar, benefício de prestação continuada, a ser percebido mensalmente até a aposentadoria, para o caso de lesões, enumeradas no Decreto regulamentador, que embora não impedindo o retorno à mesma atividade, demandam permanentemente maior esforço para seu desempenho." (grifo nosso).

A Lei nº 5.316/67 tratava do pecúlio no art. 8º:

"Art. 8º. A redução permanente da capacidade para o trabalho em percentagem igual ou inferior a 25% garantirá ao acidentado um pecúlio resultante da aplicação da percentagem de redução à quantia correspondente a 72 vezes o maior salário-mínimo mensal vigente no país na data do pagamento do pecúlio."

É importante ressaltar que enquanto o pecúlio correspondia a uma perda de até 25% da capacidade do trabalho, o auxílio-suplementar prevê seqüelas que variam do grau médio ao máximo. A equivalência das duas modalidades de benefício que a nova lei 6.367/76 tenta estabelecer deixa evidentemente fora de qualquer cobertura previdenciária as chamadas "seqüelas menores", que representavam justamente - como já vimos - a maior sobrecarga administrativa e orçamentária para a previdência social.

Ainda assim, J.N. Menezes Autran, então Secretário de Seguros Sociais do INPS, tentava - em declaração publicada em boletim informativo⁽⁴⁾ - descobrir "intenções ocultas" nas críticas à nova lei:

"Ao estabelecer percentagens fixas para os casos de auxílio-acidente e de auxílio-mensal assim como ao definir previamente os casos de

(4) INPS, Informe nº 57, novembro 1976.

doença profissional e do trabalho constantes de tabelas, a nova lei exclui (esvaziou) praticamente o interesse de escritórios em promover a abertura de ações em Juízo sob o fundamento de que o INPS lesava os acidentados no reconhecimento de seu direito. Assim, os grupos especializados e escritórios, percebendo que iriam perder esse filão, tentaram por todos os meios impedir a aprovação do projeto. Daí a violenta campanha contra o mesmo. Mas o Congresso Nacional, reconhecendo a procedência do projeto houve por bem transformá-lo na Lei nº 6.367/76".

A verdade é que, por um lado representando uma significativa restrição dos benefícios concedidos (que como mostra a Tabela L não chegavam no período 1971-1976 a beneficiar nem 4% dos acidentes ocorridos), a lei atual constitui por outro o alívio de um pesado ônus administrativo e financeiro para a previdência social, incapaz de responder a todas as exigências impostas pelo desgaste que o sistema produtivo opera sobre os seus segurados.

Tudo indica, além disso, a tendência a um retrocesso ainda maior na legislação acidentária, deslocando-se progressivamente a cobertura pecuniária para casos mais graves, restringindo cada vez mais o seu alcance.

Gradativamente, o acidente do trabalho tendo a perder sua especificidade enquanto evento decorrente das condições de trabalho e passa a equiparar-se às demais causas de incapacidade previstas na previdência social, como invalidez ou doença, transformando-se em um benefício como qualquer outro.

Segundo Barroso Leite (1977), trata-se de processo irreversível. Este autor em artigo editado pela Fundacentro e intitulado "O seguro de acidentes do trabalho ainda tem razão de ser?", procura responder que não, uma vez que acredita existir tendência internacional no sentido da eliminação das condições especiais de que se revestem as prestações decorrentes do acidente de trabalho. As

TABELA L

BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS COMO %
DO TOTAL DE ACIDENTES OCORRIDOS
BRASIL 1971 - 1976

ANO	ACIDENTES	BENEFÍCIOS ⁽¹⁾	%
1971	1.330.523	45.411	3,41
1972	1.504.723	49.257	3,27
1973	1.632.696	61.951	3,79
1974	1.796.761	69.108	3,84
1975	1.916.187	74.752	3,90
1976	1.743.825	69.827	4,00
TOTAL	9.924.715	370.306	3,73

FONTE: Elaborada a partir de dados do INPS/MPAS, Secretaria de Seguros Sociais.

(1) Pecúlio por redução de capacidade, auxílio acidente, aposentadoria por invalidez e óbitos.

posições deste autor assumem especial importância quando se considera que além de ter desempenhado importante papel no estudo e no desenvolvimento da Previdência Social no Brasil, escreveu este artigo na condição de Secretário de Previdência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social.

Defende a plena integração do seguro de acidentes do trabalho na previdência social e na extinção progressiva das condições especiais e da gestão à parte dos benefícios acidentários.

Em reforço à sua tese quanto à existência de uma tendência internacional nesse sentido, mostra que a Holanda já deixou de distinguir entre o acidente do trabalho e as demais causas de incapacidade.

Cita Etala, especialista argentino:

"Considero o acidente do trabalho (ou a doença profissional) como uma causa que produz determinados efeitos. Esses efeitos são contingências sociais, como a invalidez, a doença, a morte. Devemos amparar as conseqüências sem cogitar das causas." (grifo nosso).

Segundo Etala, no atual estágio da previdência social esta distinção já não se justifica, manifestando a firme convicção de que "esse critério discriminatório não tardará a desaparecer".

Acreditando firmemente nesta tendência, Barroso Leite conclui no mesmo artigo:

"Chego afinal, ao ponto básico deste trabalho: bater mais uma vez na tecla de que devemos acabar definitivamente com o seguro de acidentes do trabalho. até mesmo na forma a que já conseguimos reduzi-lo no Brasil, onde não passa hoje de uma modalidade da previdência social." (grifo nosso).

2.2. Acidentes do trabalho

Analisamos até aqui o acidente do trabalho em seu sentido amplo, que inclui as doenças profissionais ou do trabalho e, paralelamente, as modificações que ocorreram ao longo do tempo na legislação e nas estatísticas oficiais.

Cabe agora tratar do acidente "típico", que representa uma interrupção súbita do processo de trabalho traumático para o acidentado e seus companheiros, geralmente sujeitos a riscos semelhantes. O acidente constitui um ônus - ainda que calculado - para a empresa, ao representar uma redução no número de homens-hora trabalhadas e portanto na produção, com a correspondente elevação dos custos por unidade produzida.

Vimos que, em face do acidente, a doença profissional ou do trabalho reveste-se de menor importância, dado seu caráter progressivo e em boa parte dos casos irreversível, implicando um processo lento de degeneração orgânica do qual muitas vezes o próprio trabalhador não se dá conta. Pela ausência inicial de sintomatologia clínica, as patologias profissionais permitem - ao contrário dos acidentes - que o indivíduo prossiga trabalhando até que se torne inútil para a produção e seja substituído por outro.

Assim, a ênfase atribuída pelas estatísticas oficiais aos acidentes do trabalho - ainda que, como veremos a seguir, subestimando o seu registro - decorre justamente do fato de que representa uma interrupção do processo de trabalho e de produção.

As condições de trabalho e de saúde, estão estreitamente associadas às condições em que se realiza o processo produtivo e são por elas

determinadas. O grau de importância que será dado ao problema da saúde, da doença ocupacional e do acidente do trabalho é determinado pela posição e pela importância relativa dos trabalhadores como parte deste processo. As condições de saúde estão portanto vinculadas às características do setor da produção em que atua o trabalhador, bem como por sua situação - pelo grau de qualificação e remuneração - na hierarquia funcional.

No Brasil conhece-se pouco sobre as condições de qualificação e de trabalho da população acidentada. Em outros países, as informações nesse sentido costumam ser mais precisas; na França, por exemplo a Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés divulgou os seguintes dados para 1971:

TABELA LI

TRABALHADORES ASSALARIADOS ACIDENTADOS E NÃO-ACIDENTADOS
DISTRIBUÍDOS SEGUNDO A CATEGORIA SÓCIO - PROFISSIONAL
1971

(em %)

CATEGORIA	População acidentada	População não acidentada
Aprendizes	2	3
Braçais	17	14
Operários semi-qualificados	27	24
Operários qualificados	32	25
Empregados de escritório e comércio	7	18
Chefes, técnicos e mestres	8	16
Diversos	7	-
TOTAL	100	100

FONTE: Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Extraído de Bartoli, Barrère e Outin (1975).

Estes dados mostram que as categorias mais representadas na população de acidentados são os trabalhadores braçais, os operários semi-qualifi

-cados e principalmente os operários qualificados, o que indica uma concentração dos acidentes de trabalho sobre os trabalhadores diretamente ligados à produção.

Bartoli, Barrère e Outin (1975) mostram em seu estudo que mais de 40% da amostra de acidentados pesquisada declarava trabalhar acima de 50 horas por semana no momento do acidente, como mostram os dados da Tabela , o que indica que a fadiga é um importante fator predisponente ao acidente de trabalho.

TABELA LII

DURAÇÃO SEMANAL DO TRABALHO (em intervalos de 5 horas)
DA POPULAÇÃO ACIDENTADA

1971

DURAÇÃO	% ACIDENTADOS
até 35 h.	0,6
36 a 40 h.	9,7
41 a 45 h.	15,3
46 a 50 h.	32,6
51 a 55 h.	15,7
56 a 60 h.	12,9
61 a 65 h.	2,4
+ 65 h.	10,8
TOTAL	100,0

FONTE: Bartoli, Barrère e Outin (1975)

Embora no Brasil inexistam dados oficiais correlacionando a hora-extra com acidentes do trabalho, algumas pesquisas isoladas mostram que exis

-te forte correlação entre fadiga e acidente.

O Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos (DIEESE, 1976) divulgou os resultados de pesquisa mostrando que 52% dos acidentados no setor metalúrgico em São Paulo faziam hora-extra.

Cantanhede (1976) mostra que os acidentes do trabalho possuem uma estreita relação com a fadiga, na medida em que tendem a ocorrer com maior frequência justamente nos períodos que correspondem às horas finais do dia de trabalho. Apresenta como exemplo as estatísticas referentes a observações realizadas em uma indústria de calçados em São Paulo. Como se pode ver na Tabela LIII, os acidentes são mais frequentes nos intervalos de horas que correspondem a maior cansaço - 11 às 12 e 16 às 17 horas - justamente as horas finais de trabalho, como mostra a distribuição de 1.749 acidentes ocorridos na referida indústria:

TABELA LIII

DISTRIBUIÇÃO DOS ACIDENTES DO TRABALHO EM UMA INDÚSTRIA
DE CALÇADOS POR INTERVALOS DE HORA

HORAS	QUANTIDADE DE ACIDENTES
7-8	79
8-9	150
9-10	193
10-11	257
11-12	257
12-13	49
13-14	111
14-15	156
15-16	227
16-17	270
TOTAL	1.749

FONTE: Cantanhede (1976)

A relação entre acidente e fadiga adquire no Brasil especial importância, uma vez que a institucionalização da hora-extra em nosso país acaba levando a uma ultrapassagem do limiar de fadiga, tornando uma parcela considerável de nossa população trabalhadora mais vulnerável aos acidentes.

Segundo os dados da PNAD de 1968 e 1972, divulgados por Singer (1974), cerca de 30% da força de trabalho não-agrícola em São Paulo trabalhava mais de 50 horas semanais, conforme vemos na Tabela LIV.

TABELA LIV

FORÇA DE TRABALHO NÃO - AGRÍCOLA
CLASSES DE HORAS SEMANAIS DE TRABALHO

Nº DE HORAS DE TRABAHO POR SEMANA	% DO TOTAL DE PESSOAS OCUPADAS			
	1968 (2º trimestre)		1972 (4º trimestre)	
	São Paulo	Rio e Guanabara	São Paulo	Rio e Guanabara
Até 14 horas	1,6	1,3	1,0	0,9
De 15 a 39 horas	14,8	17,9	11,3	14,4
De 40 a 49 horas	59,4	57,6	59,5	52,9
Mais de 50 horas	24,2	23,2	28,2	31,8
TOTAL	100	100	100	100

FONTE: PNAD 1968 e 1972 - in Singer (1974)

Bonelli (1976) procurou analisar o número de horas efetivamente trabalhadas na Indústria, embora este tipo de informação não conste dos Censos brasileiros, utilizando fontes independentes de informação para estimar a taxa de variação no número médio de horas trabalhadas entre 1959 e

1970. Mostra que o número médio de horas trabalhadas em 1970 poderia ser ainda maior do que o apresentado na Tabela LV uma vez que o dado para 1959 refere-se aos operários ligados à produção, enquanto que em 1970 inclui pessoal administrativo, cujo número de horas trabalhadas situa-se abaixo da média, pela menor frequência de horas-extras além da faixa de 40 a 44 horas semanais.

TABELA LV

NÚMERO MÉDIO DE HORAS SEMANAIS TRABALHADAS,
SEGUNDO OS GÊNEROS INDUSTRIAIS
- 1959 e 1970 -

GÊNEROS INDUSTRIAIS	1959	1970	% CRESCIMENTO (59/70)
Minerais não-metálicos	46,1	48,5	5,2
Metalúrgica	46,1	49,6	7,6
Mecânica	45,7	48,4	5,9
Material Elétrico	42,9	48,4	12,8
Material de Transporte	46,7	46,2	-1,1
Madeira	46,4	48,6	4,7
Mobiliário	44,1	48,2	9,3
Papel	53,0	49,0	-7,5
Borracha	44,1	48,6	10,2
Couros e Peles	43,6	48,5	11,2
Química	46,4	47,3	2,0
Farmacêutica	-	-	-
Sabões e Cosméticos	-	-	-
Plásticos	-	48,6	-
Textil	45,8	48,3	5,5
Vestuários e Calçados	44,5	47,9	7,6
Alimentos	49,3	49,2	0
Bebidas	49,1	49,1	0
Fumo	41,0	46,3	12,9
Editorial e Gráfica	45,9	47,7	3,9
Diversos	45,4	47,7	5,1
TOTAL	46,2	48,3	4,4

FONTE: Bonelli (1976).

Vemos assim que o trabalhador obrigado em boa parte dos casos a trabalhar além dos limites de sua capacidade orgânica, torna-se mais vulnerável aos acidentes.

A carência nutricional associada à fadiga também tem certamente um peso considerável na determinação do acidente. O baixo poder aquisitivo do salário leva os trabalhadores a um consumo alimentar deficiente, o que explica a tendência atual de algumas empresas, especialmente as de grande porte, no sentido de fornecerem - através de subsídios estatais - ao menos uma refeição balanceada diária aos seus empregados, garantindo assim a produtividade do trabalho.

Pesquisas periódicas realizadas pelo DIEESE indicam que o tempo de trabalho para aquisição da ração essencial mínima vem se elevando significativamente em São Paulo nos últimos dez anos (Camargo *et alii*, 1975). Em consequência, verifica-se um aumento nas horas de trabalho das pessoas ocupadas que parece corresponder a uma compensação para o declínio do salário real, como mostra a Tabela LVI.

Ainda com base em pesquisas do DIEESE em São Paulo (1974), observa-se na comparação entre dados de 1958 e 1969 que no decorrer destes 11 anos a redução do poder aquisitivo do salário do chefe da família foi de 36,5%. Para compensar essa perda, a família do trabalhador foi compelida a colocar mais gente a trabalhar para o seu sustento. No entanto, como vemos na Tabela XLVII, mesmo com a ocupação de mais pessoas a renda real da família caiu em 9,4%.

Em suma, os acidentes de trabalho são provocados pelo desgaste físico no processo produtivo e agravados por jornadas de trabalho prolongadas e por condições precárias de nutrição e de saúde. Além disso, outro im

TABELA LVI

TOTAL DE HORAS DE TRABALHO PARA
ADQUIRIR A RAÇÃO MÍNIMA(1)

Base: Salário mínimo de São Paulo

ANO	TOTAL DE HORAS
1965 (dezembro)	87 h. 20 min.
1971 (dezembro)	113 h. 26 min.
1972 (dezembro)	132 h. 05 min.
1973 (dezembro)	158 h. 42 min.
1974 (março)	176 h. 54 min.

FONTE: DIEESE, in Luz (1979).

(1) Carne (6,00 Kg), Leite (7,50l.), Feijão (4,50 Kg.), Arroz (3,00 Kg),
Farinha de trigo (1,50 Kg), Batata (6,00 Kg), Tomate (9,00 Kg) ,
Pão (6,00 Kg), Café (600 grs), Banana (7,5 dz.), Açúcar (3.00 Kg),
Manteiga (750 gr) e Benha (750 gr).

TABELA LVII

COMPARAÇÃO DA FAMÍLIA - TIPO DA CLASSE TRABALHADORA

NA CIDADE DE SÃO PAULO

1958 - 1969

	1958	1969
Número de membros	4,5	4,9
Membros ocupados	1,0	2,0
Renda mensal(preços correntes)	Cr\$ 10,15	Cr\$ 512,10
Renda real(preços de 1958)	Cr\$ 10,15	Cr\$ 9,20
Salário mensal do chefe (preços correntes)	Cr\$ 8,54	Cr\$ 361,03
Salário real(a preços de 1958)	Cr\$ 8,54	Cr\$ 5,42

FONTE: DIEESE (1974)

-portante fator é a ausência de dispositivos de segurança na utilização de máquinas e instrumentos de trabalho.

As máquinas operatrizes, abrangendo desde máquinas de bancada de pequeno porte até máquinas que pesam dezenas de toneladas, excetuam normalmente as operações de tornear, furar, fresar, plainar e retificar. Estudos estatísticos revelaram os seguintes graus relativos de periculosidade quanto à frequência e gravidade dos acidentes, considerando apenas máquinas operatrizes:

QUADRO V

FREQUÊNCIA E GRAVIDADE DOS ACIDENTES PARA CADA TIPO DE OPERAÇÃO

OPERAÇÃO	FREQUÊNCIA RELATIVA	GRAVIDADE RELATIVA
Retificar	Alta	Média
Furar e mandrilar	Média	Baixa
Tornear	Média	Média
Plainar	Baixa	Alta
Fresar	Baixa	Alta

FONTE: Departamento do Trabalho dos E.U.A.
Extraído de Machline et alii (1970).

Se as máquinas, como vimos, já contém em si mesmas um risco previsível, a sua utilização sem dispositivos de segurança aumenta-o ainda mais.

Clemente (1974), após investigar mil acidentes graves, observa que no Brasil as máquinas (principalmente as prensas) são encontradas, em sua imensa maioria, sem proteção e que "assim são fornecidas pelos fabricantes

e revendedores, em flagrante desrespeito ao artigo 193 da CLT", que regula a fabricação, venda, locação e o uso de máquinas e equipamentos. Nos mil acidentes investigados (ver Tabela LVIII) este autor constatou que as máquinas - em suas diferentes partes - foram responsáveis por 85,5% dos acidentes, sendo os 14,5% restantes causados por vigas, canos, barras, peças diversas, bobinas, ferramentas manuais, chapas metálicas, caixas, carrinhos, etc.

A proteção insuficiente, causa de inúmeros acidentes, bem como a utilização de máquinas antigas e obsoletas, é um fator que torna mais vulneráveis trabalhadores fatigados, menos alertas e com os reflexos mais lentos, com diminuição da acuidade visual e da coordenação motora, podendo ser colhidos com muito maior facilidade por uma máquina em funcionamento.

TABELA LVIII
PARTICIPAÇÃO DAS MÁQUINAS OU DE SUAS PARTES
EM 1.000 ACIDENTES GRAVES

Máquina ou parte da máquina	Nº de acidentes
Prensas	318
Máquinas de trabalhar madeira	110
Máquinas têxteis	39
Máquinas gráficas	31
Guilhotinas	28
Tornos	28
Furadeiras	19
Esmerís	17
Politrizes	12
Máquinas diversas	124
Correias e polias	66
Cilindros e calandras	38
Engrenagens	15
Estampos de prensas	10
SUB-TOTAL	855
OUTROS AGENTES (*)	145
TOTAL	1.000

FONTE: CLEMENTE (1974) Citado por Mendes (1975).

(*) acidentes não provocados por máquinas ou partes de máquina .

Em decorrência das más condições de trabalho vigentes, os acidentes do trabalho assumem no Brasil graves proporções.

No período compreendido entre 1970 e 1978, foram oficialmente registrados no país mais de 14 milhões de acidentes com afastamento de trabalho - apesar de todo o sub-registro que analisaremos a seguir quanto aos acidentes "típicos" - além do que já verificamos quanto às doenças profissionais ou do trabalho.

Estes acidentes resultaram no período em mais de 30.000 mortes registradas como decorrentes do trabalho e mais de 500.000 casos que resultaram em benefícios previdenciários por incapacidade permanente (12 ou mais meses de afastamento do trabalho, com seqüelas variando de 1% até 125% de perda de capacidade para o trabalho, sendo que 125% corresponde aos casos em que a invalidez permanente requeira assistência constante de outra pessoa). Isto sem contar os casos de incapacidade "temporária", ou seja, seqüelas que levam a até 1 ano de afastamento do trabalho, num total de 11 milhões de acidentes.

As análises oficiais sobre os acidentes do trabalho não admitem, contudo, a gravidade da situação brasileira. Em 1977, Reinhold Stephanes, então presidente do INPS, embora ressaltando a dificuldades das comparações internacionais pela heterogeneidade dos critérios, estabelecia a seguinte comparação:

TABELA LIX

	Nº DE SEGURADOS	Nº BRUTO DE ACIDENTES COM AFASTAMENTO	% DE ACIDENTES P/SEGURADO
E.U.A.(1970)	75.165.000	9.600.000	12,77
Brasil(1975)	12.707.061	1.521.618	11,97

Fonte: Stephanes (1977).

Se no entanto, admitirmos que a informação para os EUA está correta e considerarmos os dados oficiais para o Brasil no mesmo ano (1970), temos:

TABELA LX

	Nº DE SEGURADOS	Nº BRUTO DE ACIDENTES COM AFASTAMENTO	% DE ACIDENTES P/SEGURADO
E.U.A. (1970)	75.165.000	9.600.000	12,77
Brasil (1970)	7.284.022	1.220.111	16,75

FONTES: Stephanes (1977) para os E.U.A. e INPS, Secretaria de Seguros Sociais (1970) para o Brasil.

Ocorre que, como se pode ver na Tabela LIX, a comparação estabelecida por Stephanes com base em anos diferentes está incorreta, já que o número bruto de acidentes com afastamento em 1975 para o Brasil não coincide com a informação do próprio INPS, que registrou naquele ano um total de 1.916.187 com afastamento, representando cerca de 14,74% de empregados acidentados.

Além disso, Stephanes pretende estabelecer (com base nos mesmos dados para o Brasil em 1975) uma comparação adicional com o México. Tratando-se de país com nível de desenvolvimento próximo ao do Brasil, tenta apontar a semelhança no índice de acidentes por segurado, que no caso deste país era de 10,43% em 1971. Neste mesmo ano, contudo, os dados do próprio INPS constantes da Tabela LXV apontam uma proporção de 17,14% para o Brasil, como se pode ver mais adiante.

Concluiu Stephanes:

"Observa-se que o Brasil não se apresenta em condições desfavoráveis em relação a outros países, o que não invalida a necessidade de serem estimuladas medidas de prevenção, principalmente junto a pequenas e médias empresas, onde são maiores as taxas de acidentes".

Como mostra Abreu (1978), a própria Organização Internacional do Trabalho⁽⁵⁾ limita a apresentação das estatísticas internacionais relativas a acidentes do trabalho a casos fatais, "cuja possibilidade de variação é mínima, a não ser por falsificação pura e simples de atestados de óbito." Possibilidade esta que, aliás, ao contrário do que pode parecer, não é tão absurda assim, quando se considera que no Brasil segundo os dados da PNAD (ver mais adiante Tabela LXXIX), existem cerca de 40% de trabalhadores sem carteira assinada, o que favorece o registro de seus óbitos como simples acidentes fatais sem vinculação com o trabalho.

Como vemos, as comparações internacionais estabelecidas por Stephanes carecem de qualquer fundamento, pela heterogeneidade na conceituação e no registro de acidentes do trabalho dos diferentes países. Com o agravante de que, além das dificuldades tradicionais observadas em todo o mundo, o Brasil prima neste terreno pela precariedade das informações disponíveis bem como pelo sub-registro dos acidentes. Mesmo no que diz respeito aos acidentes fatais, são precárias as informações existentes, uma vez que não se sabe como se distribuem por setor da produção as mortes causadas por acidentes do trabalho, dificultando ainda mais as comparações do Brasil com os demais países.

Chamando a atenção para as limitações das estimativas que realizou, pela inexistência de dados quanto à distribuição setorial dos acidentes fatais, Abreu tenta na Tabela LXXI estabelecer alguma comparação internacional.

Mostra que os dados encontrados indicam uma posição desfavorável para o Brasil em 1972, não apenas com a experiência dos países desenvolvidos, mas também em países em estágio de desenvolvimento similar ou mais atrasado,

(5) OIT, Year Book of Labour Statistics (Genebra: International Labour Office, 1974).

TABELA LXI

INCIDÊNCIA DE ACIDENTES FATAIS EM DIVERSOS PAÍSES - 1972

	Bases Estatísticas ^a	Extrativa Mineral	Indústria	Construção Civil
Canadá.....	I/b,I/c,I/c	1,82	0,14	0,90
Índia.....	I/c	0,44	0,15-	....
Coréia do Sul.....	II/c	3,64	2,24	....
Paquistão.....	I/b	1,07 ^b	0,16 ^b	....
Espanha.....	I/a	0,49	0,05	0,33
França.....	I/a	0,51	0,13	0,47
República Fed.Alemã...	II/a	0,62	0,18	0,39
Grécia.....	I/b	0,42	0,13 ^b	....
Itália.....	II/a	0,33 ^e	0,09 ^c	0,53 ^c
Tcheco-Eslováquia.....	I/b	0,47	0,08	0,31
Hungria.....	I/a	0,45	0,09 ^d	0,27
Polônia.....	I/c	0,41 ^b	0,08 ^b	0,22 ^c
Turquia.....	II/a	3,10	0,17	....
Reino Unido.....	I/a	0,39	0,04	0,18
Iugoslávia.....	I/c ^e	0,19	0,10	0,26
Brasil.....	II/c ^g	.../0,89	0,20 /0,51 ^b	2,01/0,95

FONTE: ABREU (1978)

- ^aI = acidentes reportados;
 II= acidentes compensados;
 a = acidentes fatais por 1.000 homens-ano (de 300 dias);
 b = acidentes fatais por 1.000 assalariados;
 c = acidentes fatais por 1.000 pessoas empregadas.

^b 1970.

^c 1971.

^d Inclui eletricidade e gás.

^e Inclusive processamento de minérios e de metais.

^f Índice de incidência de acidentes fatais estimados com base nos dados básicos do INPS (Mensário Estatístico) e dados setoriais britânicos para 1972 em Social Trends (Londres: HMSO, 1975).

^g População coberta pelo INPS, incluindo acidentes de trajeto.

^h Estimada com base na suposição de que nenhum dos 594 acidentes fatais residuais ocorre na indústria.

especialmente com relação aos acidentes na Indústria, apesar das estimativas favoráveis quanto aos índices de casos fatais. Merece especial destaque o caso da Construção Civil, pela sua importância na absorção da mão-de-obra (13% do emprego total), onde se concentram cerca de 60% dos acidentes fatais e 30% dos acidentes registrados.

As estatísticas do INPS quanto à distribuição do emprego e dos acidentes por setor de atividade, além de precárias em si mesmas, cometem graves incorreções ao suporem que as proporções tanto do emprego quanto dos acidentes se mantêm constantes nos diferentes anos. Abreu já chamava atenção para este fato quando mostrava que para anos distintos as publicações do INPS distribuíram as estatísticas de segurados segundo a mesma estrutura ocupacional com base na Lei de 2/3 para apenas 1 ano, quando existem dados referentes à Lei de 2/3 para todos os anos. Acrescenta que, mesmo se corretamente utilizada, a distribuição da Lei de 2/3 seria restritiva por supor que as populações cobertas por ela e pelo INPS se distribuem de maneira idêntica em cada ano.

Contudo o mais grave, ao que nos parece, é que além de supor constante a distribuição do número de empregados por atividades para todos os anos (aumentando o total de segurados em 32% entre 1972 e 1973, aumenta uniformemente em 32% o número de segurados em cada setor de atividade, o mesmo acontecendo entre 1973 e 1974, quando o aumento é de 18% em todos os ramos de atividade), supõe também da mesma forma constante a distribuição dos acidentes nos diferentes setores, mantendo a mesma relação acidentes/segurados nos vários anos.

As Tabelas LXII e LXIII apontam as distorções estatísticas do INPS, relativas tanto à distribuição dos segurados como dos acidentes. Associadas à ine

TABELA LXII

EVIDÊNCIA DE ERRO DE INFORMAÇÃO DOS DADOS DO INPS: DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE SEGURADOS E SEU CRESCIMENTO PROPORCIONAL DE 1972 A 1974, NOS DIFERENTES SETORES DE ATIVIDADE

SETOR	1972	1973	INCREMENTO NO PERÍODO(%)	1974	INCREMENTO NO PERÍODO(%)
Agricultura	32.369	42.737	32	50.305	18
Indústria	4.075.553	5.380.079	32	6.358.450	18
Comércio	1.435.156	1.894.245	32	2.239.056	18
Serv.Púb.,Diversos Turismo,Escrit.Con: sultórios,etc.	995.231	1.313.565	32	1.552.705	18
Transp.(Marítimos, Fluviais,Aéreos , Ferrov.,Interurb., Ontarros e Ferro - carris urbanos)	751.197	991.651	32	1.171.975	18
Empresas de Seguros e Crédito	66.573	86.414	32	102.305	18
Trab.Div.(avulsos e não-classificados)	373.524	493.055	32	582.750	18
Emp.de Comunicaç., Pu blicid.e Radiodif.	73.875	97.672	32	115.255	18
Saúde,Educação e Cul tura	498.031	657.538	32	777.000	18
TOTAL	8.300.509	10.956.956	32	12.950.000	18

FONTE: Elaborada a partir de dados da Secretaria de Seguros Sociais do INPS relativos a Acidentes do Trabalho, realizada pelo Centro de Documentação e Informática da Previdência Social, com base na Lei 2/3.

TABELA LXIII

EVIDÊNCIA DE ERRO DE INFORMAÇÃO NA DISTRIBUIÇÃO SETORIAL DOS
ACIDENTES DO TRABALHO PELO INPS
BRASIL, 1972, 1973 e 1974

	1972	1973	1974
INDÚSTRIA	1.085.352 (80,86)	1.320.198 (80,86)	1.355.598 (80,86)
COMÉRCIO	79.656 (5,94)	96.982 (5,94)	99.582 (5,94)
DEMAIS ATIVIDADES	177.165 (13,20)	215.516 (13,20)	221.295 (13,20)
TOTAL	1.342.173 (100,0)	1.632.696 (100,0)	1.676.475 (100,0)

FONTE: Elaborada a partir de dados da Secretaria de Seguros Sociais do
INPS.

-xistência de dados relativos à distribuição setorial dos óbitos, coloca graves dúvidas quanto à viabilidade e à seriedade da política de prevenção de acidentes que se vem proclamando.

Em 1/5/77 o Ministro do Trabalho, Arnaldo Prieto, anunciava a diminuição do número de acidentes em 1976, o que para o governo representava livrar-se de um recorde incômodo, que dava ao Brasil - segundo consta - uma das mais elevadas taxas de acidentes de trabalho do mundo.

A brusca queda em números absolutos nos acidentes do trabalho, que se verificou a partir de 1975, como mostram as Tabelas LXIV e LXV, foi atribuída pelos órgãos governamentais - apesar do curto espaço de tempo - ao aumento das campanhas de prevenção nas empresas e à "conscientização de empregados e empregadores".

A intensificação das medidas de prevenção realmente ocorreu quando em fins de 1974 o presidente da República, participando de seminário em São Paulo, referiu-se ao elevado número de acidentes do trabalho naquele ano, considerando-o inaceitável. Em julho de 1972, o Ministério do Trabalho já tinha dado início ao seu programa de formação de técnicos e especialistas em medicina e segurança do trabalho. No período de três anos, entre 1973 e 1976, foram formados cerca de 40 mil especialistas em medicina e segurança do trabalho, dos quais 7.500 médicos e 7.000 engenheiros do trabalho, além de outros profissionais como supervisores de segurança, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Paralelamente ocorreu uma ampliação das atividades de prevenção, através de campanhas nas empresas, seminários nacionais, exposições em locais de grande movimento e semanas de prevenção.

Outra medida governamental foi a portaria nº 3.460 de 31/12/75, obrigando

TABELA LXIV

MÉDIA DE ACIDENTES REGISTRADOS POR DIA ÚTIL

BRASIL, 1971 - 1977

ANO	MÉDIA POR DIA ÚTIL	TAXA DE CRESCIMENTO
1971	4.405	-
1972	4.966	+ 12,7%
1973	5.370	+ 8,1%
1974	5.891	+ 9,7%
1975	6.355	+ 7,9%
1976	5.717	- 10,0%
1977	5.294	- 7,4%

FONTE: Elaborada a partir de dados do MPAS - INPS - SRSP, SSG, apresentados à XXVII SEMANA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES DO TRABALHO.

TABELA LXV

ACIDENTES DO TRABALHO SOBRE O TOTAL DE EMPREGADOS
REGISTRADOS PELO INPS⁽¹⁾.
BRASIL, 1969 - 1978

ANO	EMPREGADOS	ACRÉS- CIMO (%)	ACID. TRAB. OCORRIDOS	ACRÉS- CIMO (%)	% DE EMPREGADOS ACIDENTADOS	ACRÉS- CIMO (%)
1969	7.268.449	-	1.059.296	-	14,57	-
1970	7.284.022	+0,2	1.220.111	+15,2	16,75	+15,0
1971	7.764.486	+6,6	1.330.523	+ 9,0	17,14	+ 2,3
1972	8.148.987	+5,0	1.504.723	+13,1	18,47	+ 7,8
1973	10.956.956 ⁽²⁾	+34,5	1.632.696	+ 8,5	14,90	-24,0
1974	11.537.024	+ 5,3	1.796.761	+10,0	15,57	+ 4,5
1975	12.996.796	+12,7	1.916.187	+ 6,6	14,74	- 5,6
1976	14.945.489	+15,0	1.743.825	- 9,8	11,66	-26,4
1977	16.589.505	+11,0	1.614.750	- 7,4	9,73	-19,8
1978	18.500.000	+11,5	1.564.380	- 3,1	8,45	-15,1

FONTE: INPS, Secretaria de Seguros Sociais.

Extraído de Escosteguy (1977)

- (1) Não inclui autônomos, empregados domésticos, aposentados, os que estão recebendo auxílio-doença e os que trabalham em entidades filantrópicas.
- (2) Segundo a DATAPREV (Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social), este dado corresponde ao número de empregados em fevereiro de 1974 e não em dezembro de 1973. De qualquer forma, de acordo com os dados da DATAPREV, publicados em revista especializada, a variação do número de empregados entre 8/73 e 8/74 foi de 26%, bastante elevada quando comparada com as demais variações ocorridas em todo o período 1969 - 1978. Ver revista DADOS 1, editada pela SERPRO (Serviço Federal de Processamento de Dados), Rio de Janeiro, v.2 nº 1 agosto/setembro de 1976.

-do empresas com mais de 100 empregados a criarem departamentos com pessoal especializado para zelar pela segurança, higiene e medicina do trabalho. Esses departamentos não se confundem com as CIPAS - Comissões Internas de Prevenção de Acidentes, obrigatórias em empresas com mais de 50 empregados⁽⁶⁾, cujas limitações analisaremos mais tarde. Os departamentos são da própria empresa e dispõem de equipamentos, médicos, engenheiros, auxiliares, etc., enquanto que às CIPAS, integradas também por representantes dos empregados, cabe a tarefa de prevenção.

Contudo, diante do agravamento das condições de vida e de trabalho dos trabalhadores brasileiros, como temos verificado bem como das evidências de sub-registro, é difícil aceitar-se a redução de quase 25% no número de acidentes num período de apenas 4 anos (1975-1978), considerando-se ainda que o número de empregados registrados pelo INPS aumentou no mesmo período de 42%.

O Jornal "Folha de São Paulo" publicou interessante reportagem a esse respeito, em 24/08/77, sob o título "Contestado o número de acidentes":

"A redução dos índices de acidentes de trabalho nas indústrias foi posta em dúvida ontem pela manhã por representantes sindicais norte-americanos durante o encontro com o presidente do Sindicato dos Metalúrgicos de São Paulo, Joaquim dos Santos Andrade. Segundo o sindicalista norte-americano Ken Morris, diretor da região 1-B da Federação dos Trabalhadores na Indústria Automobilística 'estivemos ontem (anteontem) na Fundacentro e nos mostraram os dados estatísticos relativos a acidentes de trabalho, e não cremos

(6) Até 1977, as CIPAS somente eram obrigatórias em empresas com mais de 100 empregados, de acordo com a Portaria nº 32, de 29/11/68.

que possamos confiar neles'. A dúvida de Morris incide no fato de que a redução foi muito grande 'o que é praticamente impossível num curto espaço de tempo'. Por sua vez, Santos Andrade concordou com o líder sindical norte-americano, ao declarar que 'nós também não acreditamos nesse milagre', ressaltando em seguida que isto é uma utopia".

Na verdade, o que as autoridades não dizem e as estatísticas oficiais não explicitam é que várias alterações ocorridas a partir de 1975 na legislação previdenciária propiciaram esta surpreendente diminuição dos acidentes improvável em um tão curto lapso de tempo, mesmo se todas as medidas preventivas tivessem sido eficazes.

Em 1975, como parte do Plano de Pronta Ação (PPA), o INPS passou a permitir, através da intensificação dos convênios com empresas, que estas assumissem além da assistência médica aos acidentados, encargos que até então eram de exclusiva competência da Previdência Social: como a concessão de benefícios previdenciários e acidentários aos empregados, inclusive a realização de perícias médicas e licenças.

Assim, segundo a Resolução nº INPS-900.10, de 17.2.75, do PPA, o INPS transferia para o âmbito das empresas, sob a forma de convênios, a possibilidade de realizar todos ou parte dos seguintes serviços:

- a) processamento e pagamento dos benefícios requeridos por beneficiários; sua preparação, instrução e acompanhamento até a solução final;
- b) realização de perícias médicas e exames complementares necessários para a percepção de prestações de benefícios que dependam da avaliação da incapacidade laborativa;
- c) processamento e pagamento do auxílio-doença por acidente do tra-

-balho; sua preparação, instrução e acompanhamento até a solução final;

d) atendimento imediato e de emergência em regime ambulatorial e/ou prestação de assistência médica global aos segurados acidentados do trabalho.

O custeio desta modalidade de convênio pelo INPS - da mesma forma que o convênio - empresa para prestação de assistência médica não acidentária, que analisaremos no decorrer deste trabalho - é realizado em sistema de pré-pagamento, que concede à empresa desconto de 20% na contribuição mensal devida pela empresa a título de prêmio de seguro de acidentes do trabalho, para a assistência médica global aos acidentados.

Como se trata de sistema de pré-pagamento, sua lógica para a empresa médica⁽⁷⁾ (como veremos mais tarde para a assistência médica em geral) consiste em prestar um mínimo de serviços para se obter um máximo de lucro. Por esse motivo, não é de interesse nem da empresa médica nem da empresa conveniente (ou empregador) a notificação de acidentes ao INPS.

Tomando os dados para Campinas - os únicos disponíveis para fins de comparação entre as empresas convenientes e não-convenientes - observamos distintas distribuições no registro de acidentes do trabalho. (Tabela LXVI).

Comparando os dados das empresas convenientes com as demais empresas, fica claro em que medida o sistema de pré-pagamento pode alterar as estatísticas de acidentes do trabalho, da mesma forma como altera as estatísticas de assistência médica - como veremos no capítulo 3 deste trabalho. Ve-

(7) Segundo o PPA, os serviços assistenciais aos acidentados do trabalho poderão ser prestados mediante contrato da empresa com empresas médicas credenciadas pelo INPS, o que possibilitou o atendimento dos acidentados pela medicina de grupo e cooperativas médicas.

TABELA LXVI

ESTATÍSTICAS DE ACIDENTES DO TRABALHO
 OCORRIDOS INPS, Agência Campinas
 1974, 1975 e 1976

TIPO DE ACIDENTE	EMPRESA CONVENENTE	EMPRESA SEGURADA	TOTAL
1974			
Típico	670	20.021	20.691
Doenças do trabalho	0	03	03
Trajeto	30	218	248
Sem perda de tempo	13.700	42	13.742
Retorno	29	471	500
TOTAL	14.429	20.755	35.184
1975			
Típico	455	19.808	20.263
Doenças do trabalho	0	01	01
Trajeto	33	160	193
Sem perda de tempo	8.395	131	8.526
Retorno	25	515	540
TOTAL	8.908	20.615	29.253
1976			
Típico	402	21.434	21.836
Doenças do trabalho	0	0	0
Trajeto	17	330	347
Sem perda de tempo	5.972	117	6.089
Retorno	17	622	639
TOTAL	6.408	22.503	28.551

FONTE: INPS, Agência Campinas.

mos que do início de 1975, desde a resolução do PPA em fevereiro, até fim de 1976, ocorreu uma queda de mais de 20% no total de acidentes registrados em Campinas, como resultado de uma redução de 55% dos acidentes nas empresas convenentes. Nestas, a redução foi consequência da queda em mais de 60% dos acidentes registrados na categoria "sem perda de tempo", justamente a partir do momento em que passaram a assumir a responsabilidade de realizar perícias, licenças de saúde, atestados e atendimento médico a acidentados do trabalho.

É interessante observar ainda que a categoria "sem perda de tempo", referente àqueles que foram medicados e retornaram à produção, representa nas empresas convenentes 95% dos acidentes, enquanto que nas demais empresas (seguradas) representam somente 39% dos acidentes registrados. (8)

Uma vez que os critérios do INPS são os mesmos para a classificação dos acidentes, esta diferença tão acentuada em sua distribuição nos dois tipos de empresa mostra como as distintas modalidades de contrato e pagamento pelo INPS podem alterar as estatísticas oficiais.

Assim, vemos que em 1974, antes mesmo da Resolução do PPA, já existiam diferentes padrões de distribuição dos acidentes nas empresas convenentes e não convenentes.

Tendendo a sub-registrar os acidentes típicos, as empresas convenentes concentravam seu registro em acidentes "sem perda de tempo". O que ocorreu com a Resolução do PPA em 1975 foi que também os acidentes "sem perda de tempo" passaram a ser sub-registrados, o que reforça nossa hipótese de

(8) Uma observação adicional, porém extremamente importante, é que no período de 3 anos, para um total de mais de 90 mil acidentes entre 1974 e 1976, registrou-se apenas 4 casos de doenças do trabalho.

que a nova legislação daquele ano favoreceu o sub-registro dos acidentes do trabalho.

Isto decorre do fato de que, de um lado, a notificação ao INPS dos acidentados com perda de tempo implica procedimentos burocráticos para a empresa, representando um custo administrativo adicional que o convênio permite evitar, enquanto, por outro lado, interessa à empresa médica conveniada restringir o atendimento ao acidentado, caracterizando-o como "sem perda de tempo" e devolvendo-o ao trabalho.

Já em 1975, o INPS havia firmado em todo o país um total de mais de 6.000 convênios com empresas empregadoras para concessão de assistência médica, benefícios previdenciários e/ou acidentários e realização de perícias médicas.

TABELA LXVII

Nº CONVÊNIOS COM EMPRESAS EMPREGADORAS PARA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS E/OU ACIDENTÁRIOS E PERÍCIAS MÉDICAS INPS.

BRASIL, 1975

TIPO DE CONVÊNIO	Nº DE CONVÊNIOS
ASSISTÊNCIA MÉDICA	3.131
BENEFÍCIOS	1.660
ACIDENTES DO TRABALHO	1.218
TOTAL	6.009

FONTE: INPS, Programa de Ação 1975, resultados.

Se é razoável supor que a tendência observada em Campinas não é um fenômeno local, mas reflete uma tendência geral de sub-registro nas empresas convenientes, esta certamente afetou de forma considerável as estatísticas

-ticas oficiais de acidentes do trabalho. Na verdade, é possível que esta tendência ao sub-registro explique integralmente a queda no número absoluto de acidentes em 1976⁽⁹⁾.

Vejamos mais especificamente as restrições que essa modalidade de convênio impõe aos trabalhadores, subordinando-os ao controle da empresa.

O Plano de Pronta Ação, em sua portaria nº MPAS-39 de 5/9/74, já estabelecia que:

"O INPS não fornecerá mais atestados médicos para abono de faltas ao trabalho aos beneficiários empregado de empresas que disponham de serviços médicos próprios ou contratados".

Isto fica claro na Orientação de Serviço nº SAM-399.57, de 18/2/75, no Plano de Pronta Ação:

"Para evitar duplicidade de atendimento, pela entidade ou grupo médico e pelos Postos de Assistência Médica do INPS, a empresa conveniente fará o registro do convênio na Carteira Profissional do seu empregado, discriminando o tipo de assistência médica a ser prestada - se ambulatorial ou global".

Desta forma, quando um segurado coberto por convênio-empresa recorre ao INPS, não é atendido, porque o convênio exclui a possibilidade do

(9) Um rápido exercício numérico demonstra essa possibilidade:

Supondo-se um número médio de 500 empregados por firma conveniente-geralmente, trata-se de empresas de porte médio/grande (no caso de Campinas, o tamanho médio das firmas convenientes é de 1.400 empregados) - um total de 3.000 convênios cobre cerca de 1.500.000.

Se a proporção acidentes/empregados por ano for igual à média do país (em torno de 15%) e a taxa de redução anual de registro de acidentes igual à observada em Campinas (50% em média no biênio 1975/76) obtém-se uma estimativa de 110.000 acidentes sem registro, o que explicaria totalmente a queda absoluta ocorrida em 1976 em relação a 1974 (já que em 1975 ocorre um aumento), conforme mostra a Tabela para o país.

segurado recorrer aos serviços da Previdência Social. Constando o convênio de sua carteira profissional, ele acaba sendo devolvido pela própria Previdência ao serviço médico da empresa.

Em contrapartida, o INPS se compromete, por força do convênio, a reembolsar em prazo não superior a 30 dias, as empresas das importâncias dispendidas em cada mês com o pagamento de benefícios e das despesas realizadas com os exames médico-periciais, obedecidos os valores da Tabela do INPS.

Em publicação oficial (O que é o INPS, 1976), a Previdência Social justifica a delegação às empresas de seus encargos de benefícios e serviços, tanto na área de assistência médica, como de benefícios sociais em geral e acidentes do trabalho:

"Os convênios permitem o aumento da produtividade empresarial, em função da assistência aos problemas de saúde e previdência. Asseguram maior assiduidade dos empregados, que já não precisarão perder um dia de trabalho ao necessitarem dos serviços do INPS. Diminuem os casos de simulação de doença como pretexto para faltar ao trabalho. E pela integração com o INPS em nível nacional, estadual e municipal, os convênios dão às empresas uma oportunidade de efetivamente contribuírem para o esforço nacional de produtividade. Também para o INPS as vantagens são numerosas e incluem: presteza e comodidade para os segurados e dependentes; redução dos custos operacionais; transferência de serviços que a iniciativa privada estiver em condições de oferecer, de acordo com os princípios de descentralização da carga de trabalho das organizações públicas".

Esta transferência de seus encargos ao binômio empresa - empresa médica não expressa somente uma tendência à privatização, como decorrência da

filosofia de que "o Estado deve evitar entrar em atividades que a iniciativa privada pode assumir". Representa além disto uma considerável economia de custos para a própria Previdência Social - como analisaremos com mais detalhe adiante - uma vez que a população conveniada fica completamente sem acesso à Previdência Social, tornando-se de inteira responsabilidade da empresa, o que constitui um alívio da sobrecarga administrativa.

Deve-se observar ainda a existência de outro importante determinante da redução do número absoluto de acidentes do trabalho registrados oficialmente desde 1976: trata-se da lei 6.367, de 19/10/76. Esta lei, elaborada pelo Ministério da Previdência Social, visava da mesma forma a redução dos gastos da previdência social com os acidentes do trabalho, o que efetivamente foi alcançado, como mostra a Tabela LXVIII, que indica uma brusca redução de 53% no custo unitário do acidente do trabalho para o INPS entre 1976 e 1977.

Contribuiu certamente para a redução do número de acidentes nas estatísticas, já que contém um item que obriga as empresas a se responsabilizarem pelo pagamento dos benefícios ao trabalhador acidentado, durante os 15 primeiros dias após o acidente. O pagamento desses 15 primeiros dias em que o acidentado não pode trabalhar, que cabia anteriormente ao INPS, ficou assim a cargo da empresa; o INPS paga os benefícios somente a partir do 16º dia, caso o trabalhador não retorne à atividade. Como de acordo com as estatísticas do INPS, uma parte considerável dos acidentados leva menos de 15 dias para retornar ao trabalho, a lei acabou fazendo com que as próprias empresas paguem o auxílio-doença (que corresponde a 92% do salário total) aos acidentados.

A notificação do acidente pela empresa ao INPS envolve gastos que a

TABELA LXVIII

DESPESA DO INPS COM ACIDENTES DO TRABALHO

BRASIL, 1969 - 1977

Em Cr\$ 1.000 de 1977

ANO	ACIDENTES LIQUIDADOS	TOTAL DA DESP.(1)	CUSTO UNIT. (DESP/ACID)	DESPESA COM BENEFÍCIOS(2)	DESPESA COM ASSIST.MÉDICA(3)
1969	1.059.296 ^(*)	1.886.815	1,78	1.275.183	450.478
1970	1.220.625	2.638.828	2,16	1.507.895	619.303
1971	1.370.812	2.937.600	2,14	1.611.617	735.457
1972	1.525.480	3.730.168	2,45	1.915.465	976.925
1973	1.640.194	4.186.603	2,55	2.340.356	1.066.240
1974	1.833.333	5.397.935	2,94	2.659.868	1.264.470
1975	1.868.920	6.411.781	3,43	3.181.229	1.427.596
1976	1.758.984	7.436.873	4,23	2.496.311	1.501.793
1977	1.643.298	4.869.984	2,96	(n.d.)	(n.d.)

FONTE: Elaborada a partir de dados do INPS, Secretaria de Seguros Sociais.

Escosteguy (1977). Valores deflacionados pelo deflator implícito do PIB.

(*) Para 1969 só dispomos de acidentes ocorridos cuja diferença é pequena, uma vez que representam cerca de 98% dos liquidados. Estes últimos correspondem a processos encerrados administrativamente, depois de completado o tratamento e indenizadas as seqüelas.

(1) Inclui, além dos benefícios acidentários e assistência médica aos acidentados, custos administrativos, prevenção e contribuição para a FUNDACENTRO.

(2) Benefícios referem-se a auxílio-acidente, aposentadoria por invalidez e pensão acidentária

(3) A despesa com assistência médica inclui reabilitação.

partir da lei passaram a ser desnecessários. Quando ocorre o acidente, para sua notificação é necessário o preenchimento de uma ficha especial anexada aos documentos do operário, com dados que constam do departamento de pessoal, e este deverá ser comunicado ao INPS em um prazo máximo de 24 horas, o que exige todo um trabalho adicional da empresa com os procedimentos burocráticos necessários. Além disso, a notificação de um número excessivo de acidentes expunha a empresa à possibilidade de fiscalização pelo Ministério do Trabalho ou mesmo a acabar sendo obrigada a pagar uma taxa mais alta ao INPS, quando considerada como empresa de "alto risco".

Assim, só interessava às empresas notificar todos os casos de acidente quando tinham como contrapartida o pagamento pelo INPS do salário benefício ao empregado.

Transferindo a responsabilidade dos 15 primeiros dias a partir do acidente à empresa, a lei acabou reforçando a tendência de que estas passem cada vez mais a resolvê-los em seus ambulatórios próprios ou nas empresas médicas com as quais mantêm convênio, abstendo-se de comunicá-los ao INPS.

Segundo depoimento de Joaquim Augusto Junqueira, da Associação Brasileira para Prevenção de Acidentes, sociedade fundada em 1941 e mantida por diversas empresas de São Paulo, em entrevista ao semanário Movimento⁽¹⁰⁾ a obrigatoriedade de as empresas pagarem os primeiros 15 dias acaba incentivando a prática do sub-registro. Tratando a questão em termos de hipótese, já previa esta tendência:

"A hipótese é que, se a empresa já é responsável pelo pagamento dos primeiros 15 dias e se a comunicação do acidente vai significar preencherfi

(10) Movimento, 11/7/77.

-chas, fazer relatórios, etc., uma grande maioria de empresas, para evitar esse acréscimo de serviço, não vai declarar os acidentes. Isso vai contribuir, de forma assustadora, para a redução do número total de acidentes. Em 1977, se ocorrer essa hipótese, pode-se tocar trombetas no mundo inteiro, porque eu calculo que haverá uma redução numérica de mais de 50% no total de acidentes."

Prossegue em seus comentários mostrando como o empresário raciocina ao ver muitos acidentes considerados leves em sua empresa: "Se o empregado vem com uma martelada no dedo, uma unha arrancada, um corpo estranho no olho, um ferimento leve, porque eu vou fazer relatório, fazer comunicação ao INPS?"

Operários ouvidos pelo semanário Movimento em São Paulo ⁽¹¹⁾ referiram a casos de empregados acidentados na fábrica que foram atendidos no ambulatório da empresa, ficando em casa alguns dias e sendo convocados novamente para o trabalho, antes de estarem completamente recuperados, sem que seus acidentes fossem notificados ao INPS.

Assim, a empresa passa a só notificar os acidentes quando realmente necessário. Caso contrário, o trabalhador é medicado e retorna à produção.

Tragtenberg (1979), em seu detalhado estudo sobre rico material pesquisado em inúmeros jornais operários recentes, refere-se a casos de muitas empresas que não comunicam acidentes ao INPS no tempo regulamentar, obrigando os operários acidentados a trabalharem de muletas. Menciona especificamente ao caso da Cobrasma, registrado pelo jornal operário Visão Trabalhista ⁽¹²⁾:

"Cobrasma S.A. - Os companheiros são obrigados até a trabalhar de muletas. Isso é efeito do seguro sem afastamento".

(11) Movimento, 11/7/77.

(12) Visão Trabalhista, nº 23, janeiro, fevereiro e março de 1976.

A redução no número de acidentes, como também previu Junqueira, foi acompanhada por um considerável aumento em sua gravidade. Dizia ele, já em 1976:

"A tendência será a redução considerável, em termos numéricos, dos acidentes, aumentando-se consideravelmente o índice de gravidade, porque só vão aparecer nos registros os acidentes graves".

De fato, a partir da Tabela LXIX podemos constatar que o número de mortes por acidente vem crescendo, o que confirma a suspeita de Junqueira de uma tendência ao aumento da gravidade dos acidentes oficialmente registrados.

TABELA LXIX

% MORTES POR ACIDENTES DO TRABALHO OCORRIDOS

1971 - 1977

ANO	Nº ACIDENTES	MORTES	% MORTES SOBRE ACIDENTES
1971	1.330.523	2.587	0,19
1972	1.504.723	2.854	0,19
1973	1.632.696	3.173	0,20
1974	1.796.761	3.833	0,21
1975	1.916.187	4.001	0,21
1976	1.743.825	3.900	0,22
1977	1.614.750	4.445	0,28
1978	1.564.380	(n.d.)	0,28

Tabela elaborada a partir de dados do INPS, Secretaria de Seguros Sociais.

(n.d.) - não disponível.

A proporção de mortes sobre o número de acidentes cresceu em 47% no período 1971 - 1977, ao que tudo indica como resultado do progressivo sub-registro favorecido pela legislação no período, não só com relação às doenças ocupacionais - às quais já nos referimos anteriormente - mas principalmente no que diz respeito ao acidente "típico", como acabamos de analisar. O que mais chama a atenção, contudo, é a elevação da proporção de mortes sobre acidentes em 27% em apenas 1 ano (1976-1977), provavelmente como consequência da intensificação dos fatores de sub registro desde 1975.

Vale ressaltar no entanto que esta tendência, embora acentuada de 1975 em diante, já vinha se manifestando desde o início da década. Observa-se uma redução progressiva dos acidentes, favorecida pela legislação acidentária que desloca o registro para acidentes de gravidade cada vez maior, como mostra a Tabela que se segue.

TABELA LXX

MÉDIA DE DIAS DE PERMANÊNCIA EM TRATAMENTO E COEFICIENTE DE FREQUÊNCIA
DOS ACIDENTES DO TRABALHO
BRASIL, 1971-1975

ANOS	MÉDIA DE DIAS EM TRATAM. POR ACID. TRABALHO	COEFICIENTE DE FREQUÊNCIA
1971	16	70
1972	17	67
1973	20	56
1974	22	53
1975	26	54

FONTE: Elaborada a partir de dados da Secretaria de Seguros Sociais do INPS.

(1) Coeficiente de Frequência corresponde ao número de acidentes por 1.000.000 de homens - hora trabalhadas.

Quando analisamos os dados do INPS com relação aos benefícios por incapacidade permanente, vemos que os casos mais graves que resultam em maior redução de capacidade, aumentam cada vez mais sua proporção no total de benefícios.

TABELA LXXI

INPS

DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE PERMANENTE

SEGUNDO O GRAU DE REDUÇÃO DOS ACIDENTES

BRASIL, 1970-1976

	TOTAL	1-25%	30-60%	100 e 125% ⁽²⁾
1970	40.947 ⁽¹⁾	34.113(88,7)	4.121(10,1)	484(1,2)
1971	42.852	36.420(85,0)	5.743(13,4)	689(1,6)
1972	46.452	40.936(88,1)	4.998(10,6)	599(1,3)
1973	58.829	52.811(89,8)	5.198(8,8)	820(1,4)
1974	65.354	57.665(88,2)	6.538(10,0)	1.151(1,8)
1975	70.810	60.295(85,1)	8.816(12,5)	1.699(2,4)
1976	65.927	55.737(84,5)	8.425(12,8)	1.765(2,7)

FONTE: INPS, Mensário Estatístico, diversos números.

Extraído de Abreu (1978)

(1) Inclui 2.229 casos sem especificação do grau de redução de capacidade dos acidentados.

(2) 125% corresponde aos casos de invalidez permanente que demandam assistência constante por outra pessoa.

O deslocamento dos casos de incapacidade para acidentes cuja gravidade é cada vez mais intensa fica comprovado nas Tabelas LXXII e LXXIII, que analisam os casos que resultaram em reabilitação. Estes constituem os casos mais graves de incapacidade e um bom indicador disto é a comparação entre a mé-

TABELA LXXII

DISTRIBUIÇÃO DOS CLIENTES INSCRITOS NO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DO INPS, SEGUNDO TEMPO DE TRATAMENTO, Nº MÉDIO DE ATENDIMENTOS POR CLIENTE, MODALIDADE DE ALTA E SUA VARIACÃO NO PERÍODO 1973 - 1977
BRASIL

ANO	TOTAL DE CASOS DE INCAPACIDADE (TEMPORÁRIA+PERMANENTE) POR ACIDENTES DO TRABALHO ⁽¹⁾	CLIENTES REGISTRADOS EM REABILITAÇÃO NO INPS	Nº MÉDIO DE DIAS DE PERMANÊNCIA EM TRATAMENTO POR CLIENTE	Nº MÉDIO DE ATENDIMENTOS P/CLIENTE REGISTR.
1973	1.487.261	14.581	79	92
1977	1.432.327	23.053	94	150
Crescimento no período(%)	-3,8	58,1	19,0	63,0

FONTE: Elaborada a partir de dados do INPS, Centro de Reabilitação Profissional, publicados pelo IBGE nos Anuários Estatísticos de 1974 e 1978.

(1) Os casos de incapacidade temporária e permanente representam juntos cerca de 90% dos acidentes ocorridos.

(2) A maior parte dos atendimentos, ou seja, cerca de 40%, são realizados por fisioterapeutas. Os demais atendimentos se distribuem de maneira uniforme por ampla gama de profissionais: terapeutas ocupacionais, conselheiros profissionais, médicos, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas de palavra, professores de ofício e professor de ensino básico.

TABELA LXXIII

DISTRIBUIÇÃO DOS CLIENTES COM ALTA APÓS REABILITAÇÃO
NO INPS, QUANTO AO RETORNO AO TRABALHO E SUA VARIAÇÃO
NO PERÍODO 1973 - 1977

BRASIL

ANO	CLIENTES REGISTRADOS	TOTAL	CLIENTES QUE TIVERAM ALTA		
			% SOBRE TOTAL DE REGISTRADOS	RETORNO À MESMA OCUPAÇÃO ANTERIOR	RETORNO À OCUPAÇÃO DIVERSA
1973	14.581	8.738 (100,0)	60	6.101 (70,0)	2.637 (30,0)
1977	23.053	12.058 (100,0)	52	5.304 (44,0)	6.754 (56,0)

FONTE: Elaborada a partir de dados do INPS, Centro de Reabilitação Profissional, publicados pelo IBGE, nos Anuários Estatísticos de 1974 e 1978.

-dia de dias por cliente em tratamento por acidente do trabalho em geral e a média de dias de tratamento em reabilitação: em 1973, a média de dias em tratamento por acidente era de 20 dias, enquanto que na reabilitação era de 79 dias.

Constatando desta forma que os casos em reabilitação expressam os casos mais graves de incapacidade, vemos que - como os óbitos - constituem um excelente indicador de sub-registro. Se os casos de incapacidade temporária e permanente tendem a se manter constantes ou mesmo a cair. - como ocorre entre 1973 e 1977 - a relação casos de reabilitação/acidentes com incapacidade acaba se elevando, uma vez que, assim como os óbitos, não é fácil a sua subestimativa.

Os dados de reabilitação - pela expressiva elevação que demonstram no período considerado em todos os indicadores da Tabela - causam realmente impacto, quando se considera que em 1977 - mais de 23.000 acidentador, ou seja, um terço dos casos de incapacidade permanente registrados na quele ano - passaram pelos Centros de Reabilitação Profissional do INPS, realizando-se sobre eles mais de 3 milhões de atendimentos, ou cerca de 150 a tendimentos por acidentado, com uma média de 94 dias de permanência em tratamento, o que reflete a gravidade dos casos atendidos.

Uma observação adicional mostra que a intensificação da gravidade no período não é apenas uma expressão do sub-registro dos acidentes, mas decorre também de um agravamento das seqüelas, ou a uma mudança no critério de alta, permitindo que sejam liberados casos mais graves, uma vez que enquanto em 1973 cerca de 70% dos acidentados com alta retornavam à mesma atividade que exerciam anteriormente, em 1977 isto só ocorria com 44% dos acidentados liberados.

A gravidade dos acidentes é avaliada pelos órgãos oficiais através dos relatórios das CIPAS. A variável perda de tempo é a fundamental, sendo seu principal instrumento de avaliação a Tabela de Dias Debitados.

Os dias debitados são calculados a partir de uma avaliação percentual do que cada parte do corpo perdida representa em termos de perda de capacidade de trabalho. Assim, a perda de "qualquer outro pododátilo (dedo do pé)" só representa uma perda de capacidade de trabalho quando associada com a perda de outro "pododátilo", totalizando 6% de perda de capacidade de trabalho. Uma vez obtido o que a perda de cada parte representa percentualmente em termos de perda de capacidade de trabalho, considera-se que a sobrevivência média do trabalhador é de 20 anos, o que significa que nos casos de acidente com morte sejam computados 6.000 dias debitados. Assim, no caso de perda de apenas 1 dedo do pé que não seja o 1º "pododátilo", não há dias debitados porque há 0% de perda de capacidade de trabalho; somente quando associada à perda de qualquer outro "pododátilo", totaliza 6% de perda de capacidade de trabalho, que calculados sobre 6.000 dias de sobrevivência média, representa 360 dias debitados. (ver Tabela LXXIV).

A avaliação do coeficiente de gravidade do acidente do trabalho por critério de mutilação desestimula o registro de limitações físicas que - embora tão ou mais graves - não são passíveis de cálculos precisos para a quantificação da perda de capacidade, e conseqüentemente de tempo de trabalho. Na ausência de controle oficial sobre tais lesões, estas acabam sendo consideradas como "sem perda de tempo", ficando sua prevenção e registro a cargo da própria empresa, onde os critérios de custo, produtividade e absenteísmo, variáveis em função das características técnico-produtivas determinarão as condições em que a saúde do trabalhador será afetada e a-

TABELA LXXIV

TABELA DE DIAS DEBITADOS⁽¹⁾

Natureza	Avaliação percentual	Dias debitados
Morte.....	100	6.000
Incapacidade total e permanente.....	100	6.000
Perda da visão, de ambos os olhos.....	100	6.000
Perda da visão, de um olho.....	30	1.800
Perda do braço, acima do cotovelo.....	75	4.500
Perda do braço, abaixo do cotovelo.....	60	3.600
Perda da mão.....	50	3.000
Perda do primeiro quirodáctilo (polegar).....	10	600
Perda de qualquer outro quirodáctilo (dedo).....	5	300
Perda de dois outros quirodáctilos (dedos).....	12 1/2	750
Perda de três outros quirodáctilos (dedos).....	20	1.200
Perda de quatro outros quirodáctilos (dedos).....	30	1.800
Perda do primeiro quirodáctilo (polegar) e qualquer outro quirodáctilo (dedo).....	20	1.200
Perda do primeiro quirodáctilo (polegar) e dois outros quirodáctilos (dedos).....	25	1.500
Perda do primeiro quirodáctilo (polegar) e dois outros quirodáctilos (dedos).....	33 1/2	2.000
Perda do primeiro quirodáctilo (polegar) e quatro outros quirodáctilos (dedos).....	40	2.400
Perda da perna, acima do joelho.....	75	4.500
Perda da perna, no joelho ou abaixo dele.....	50	3.000
Perda do pé.....	40	2.400
Perda do primeiro pododáctilo (dedo grande) ou de dois outros ou mais pododáctilos (dedos do pé).....	6	300
Perda do primeiro pododáctilo (dedo grande), de ambos os pés.....	10	600
Perda de qualquer outro pododáctilo (dedo do pé).....	0	0
Perda da audição, de um ouvido.....	10	600
Perda da audição, de ambos os ouvidos.....	50	3.000

Norma Regulamentadora (NR) nº 5

(1) Para a avaliação do Coeficiente de Gravidade, quando houver dias debitados (no caso de morte ou incapacidade permanente, parcial ou total), ou seja: $CG = \frac{(\text{N}^\circ \text{ de dias perdidos} + \text{dias debitados}) \times 1.000.000}{\text{N}^\circ \text{ de homens - hora trabalhadas}}$

Nº de homens - hora trabalhadas.

-validada.

Outra séria limitação nas estatísticas oficiais disponíveis é a inexistência de dados que distribuam os acidentes quanto à natureza das seqüelas, uma vez que apresentam somente o grau de redução de capacidade para o trabalho em percentagens - como vimos na Tabela LXXIV.

Mesmo assim, como se trata de registro para fins de concessão de benefício acidentário, isto só é feito nos casos de incapacidade permanente, desconhecendo-se o que traduzem realmente - em termos quantitativos e qualitativos - os casos de "incapacidade temporária".

Dada a precariedade dos dados oficiais para o país, utilizamos na Tabela LXXV a amostra do Centro de Reabilitação de São Paulo pesquisada por Magalhães (1976), visando dar uma idéia da freqüência com que os acidentes incidem sobre as diferentes partes do corpo. Segundo estes dados, braços, mãos e dedos representam um terço dos casos em reabilitação, com amputações, fraturas e redução na capacidade de articulação.

A avaliação oficial do grau de incapacidade - tomando como critério básico a possibilidade de retorno ao trabalho - é realizada somente após o programa de reabilitação. A redução da capacidade é medida pelos peritos da Previdência Social com base no "Manual de Análise Profissiográfica", que descreve para cada profissão os requisitos mínimos ao seu exercício. Como explica Val de Casas (1972), da área de Planejamento do INPS:

"De posse do diagnóstico e da análise profissiográfica das atividades laborativas do acidentado, há que se responder à indagação - pode o acidentado voltar a exercer sua profissão?"

Embora pareça um raciocínio perfeitamente lógico, já que o aciden

TABELA LXXV

CASOS DE LIMITAÇÃO POR ACIDENTE DO TRABALHO
 NO CENTRO DE REABILITAÇÃO DE SÃO PAULO
 - 1975^(*) -

CASOS - LIMITAÇÕES	Nº	%
Membros sup.direito e esquerdo ⁽¹⁾	391	32,0
"Outros" ⁽²⁾	264	21,6
Membros inferiores direito e esquerdo ⁽³⁾	227	18,5
Lombalgia ⁽⁴⁾	161	13,1
Visão	138	11,3
Traumas crâneo-encefálicos	43	3,5
TOTAL	1.226	100,0

FONTE: Magalhães (1976)

Extraído de Tragtenberg (1979)

(*) Amostra para os meses de janeiro, fevereiro, março, julho e agosto.

(1) Amputações; fraturas de braços, mãos e dedos; redução da capacidade de articulação, em grau mínimo, médio e máximo.

(2) Politraumatismo; paralisia cerebral; intoxicação por chumbo; hemiplegia; entorses; silicose pulmonar; queimaduras; contusões; cortes generalizados; secção de veias; traumas em mandíbulas; reumatismo; surdez; osteoartrite; osteomielite; artrose; lesão dos nervos, neurose; epilepsia.

(3) Fratura de perna, dedos; redução da capacidade de articulação em grau mínimo, médio e máximo.

(4) Entorses, fraturas e desvios de coluna.

-tado necessita voltar a trabalhar, o que não fica claro é que ao se res-
tringir as estatísticas de incapacidade à incapacidade para o trabalho ,
está também se restringindo o próprio conceito de acidente, deixando de
fora o conceito de incapacidade várias lesões que, embora graves, não são
incapacitantes para uma tarefa específica. A Portaria 5, de 4/4/74, do Mi-
nistério do Trabalho, modificada pela Portaria 2 de 18/3/75 é clara nes-
te ponto:

"O conceito dos critérios para a avaliação da capacidade laborati-
va de acidentado do trabalho ou portador de uma doença profissional ou
do trabalho, fundamenta-se basicamente na apreciação do indivíduo como
um todo em face do exercício profissional. Sendo esta uma conceituação es-
tritamente vinculada à capacidade profissional, não se consideram as per-
das anatômicas ou funcionais em si, mas apenas suas repercussões sobre a ati-
vidade profissional útil." (grifo nosso).

Constitui nesse sentido mais um fator de sub-registro, ao deixar de
lado lesões que - segundo a análise profissiográfica - não são considera-
das incapacitantes para a tarefa que o acidentado realizava anteriormen-
te. E, mais importante ainda, do ponto de vista do acidentado isto inter-
fere sobre o valor do benefício que ele receberá em decorrência da seqüê-
la, que será tanto maior quanto mais incapacitante for considerada a se-
qüela para aquela determinada tarefa.

Estas considerações são essenciais para se entender as estatísti-
cas do INPS relativas à incapacidade. Elas se referem não às limitações
físicas em geral decorrentes de acidente, mas a limitações que, julga-
das incapacitantes para a tarefa anteriormente exercida, resultaram em
benefícios acidentários.

Assim, quando se analisa a Tabela LXXVI, várias ressalvas devem ser feitas. Por exemplo, a categoria de "incapacidade temporária", embora o nome possa sugerir acidentes não tão graves, abrange na verdade acidentes com até 1 ano de afastamento. Além disso, a partir de 1975 (com o PPA) e 1976 (com a lei 6.367/76) muitos dos acidentes que anteriormente caíam em "incapacidade temporária" passaram a não ser registrados ou simplesmente considerados como "sem perda de tempo" (o que equivale a "só assistência médica).

Analisamos até aqui a queda em números absolutos nos acidentes do trabalho a partir de 1976. Tentaremos agora explicar as variações - não tão óbvias - ocorridas na relação acidentes/empregados registrados no INPS, recorrendo aos dados oficiais apresentados anteriormente na Tabela LXV.

Vemos que no período 1969 - 1972 a proporção de acidentes sobre o número de segurados (apesar do sub-registro) havia se elevado de 14 a 18%, taxa considerada excessivamente alta, quando os países mais desenvolvidos - com registros bem mais precisos - apresentavam uma proporção que variava entre 9 e 12%.

A relação acidente/empregados vinha crescendo acentuadamente até 1972, atingindo 18,51%. Em 1973 apresentou uma brusca queda, retornando de maneira surpreendente quase aos níveis de 1969 com 14,9%. Esta queda se deve menos a uma redução na taxa de crescimento dos acidentes do que a um espantoso incremento no número de segurados (de 5% entre 1971 e 1972 para 35% entre 1972 e 1973), que evidentemente carece de qualquer fundamento real, só podendo ser atribuído a uma superestimativa no registro de

TABELA LXXVI

DISTRIBUIÇÃO DOS ACIDENTES DO TRABALHO COM
 AFASTAMENTO LIQUIDADOS ⁽¹⁾ SEGUNDO A CONSEQUÊNCIA
 BRASIL, 1970 - 1977

ANO	"SÓ" ASSISTÊNCIA MÉDICA	"SÓ" INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (2)	INCAPACIDADE PERMANENTE	ÓBITOS	TOTAL
1970	108.493 (8,9)	1.068.953 (87,6)	40.947 (3,3)	2.232 (0,18)	1.220.625 (100,0)
1971	132.444 (9,7)	1.192.957 (87,0)	42.852 (3,1)	2.559 (0,19)	1.370.812 (100,0)
1972	183.307 (12,0)	1.292.916 (84,8)	46.452 (3,0)	2.805 (0,18)	1.525.480 (100,0)
1973	149.811 (9,1)	1.428.432 (87,0)	58.829 (3,7)	3.122 (0,19)	1.640.194 (100,0)
1974	156.858 (8,6)	1.607.357 (87,7)	69.108 (3,5)	3.764 (0,21)	1.833.333 (100,0)
1975	168.371 (9,0)	1.625.797 (87,0)	70.810 (3,8)	3.942 (0,21)	1.868.920 (100,0)
1976	168.002 (9,6)	1.521.155 (86,5)	65.927 (3,7)	3.900 (0,22)	1.758.984 (100,0)
1977	206.526 (12,6)	1.397.912 (85,1)	34.415 (2,0)	4.445 (0,27)	1.643.298 (100,0)

FONTE: INPS, Secretaria de Seguros Sociais

Extraído de Escosteguy (1977)

(1) Representam cerca de 98% dos ocorridos. Para definição, ver Tabela

(2) Abrange acidentes com incapacidade de até 12 meses de afastamento.

segurados - sem qualquer relação com o crescimento do emprego na economia. De qualquer forma, basta dizer que na Indústria - que responde por mais de 60% do total de acidentes, - o emprego cresceu no mesmo período a uma média anual inferior a 7% ao ano. Assim, entre 1970 e 1973, em que ocorreu o crescimento mais acelerado no emprego industrial, este registrou um aumento de cerca de 21%, o que permite avaliar o absurdo de supor - como sugerem os dados do INPS - um crescimento do emprego em 35% no intervalo de apenas um ano.

Por outro lado, embora a queda da proporção acidentes/ segurados tenha se dado basicamente pela superestimativa do crescimento do número de segurados, ocorreu ao mesmo tempo uma diminuição da taxa de crescimento dos acidentes, como mostrou a Tabela LXIV. Resultou assim, como podemos ver, mais de um aumento no denominador do que de uma redução decisiva na taxa de crescimento do numerador, cabendo no entanto explicar ambas as variações.

No que diz respeito ao número de segurados, uma das limitações no seu registro pelo INPS fica evidente quando se constata que a Secretaria de Seguros Sociais utilizou para o cálculo da relação acidentes/segurados em 1973 o número de empregados registrados oficialmente pela DATAPREV (Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social) em fevereiro de 1974. Mesmo considerando esse erro de informação, a variação do número de empregados registrados no INPS entre 8/73 e 8/74 - segundo a DATAPREV - teria sido de 26%, ainda assim a mais elevada de todo o período 1969 - 1978. (ver Tabela LXV).

Uma possibilidade é de que esta superestimativa tenha tido sua origem em fatores que determinaram um aumento no registro e não no empre-

-go. Isto porque as estatísticas do INPS se referem ao número de empregados registrados e não necessariamente ocupados, pois há desempregados que continuam contribuindo para o INPS. Nesse sentido, vários fatores, como por exemplo as que determinam o sub-emprego, poderiam estar estimulando o registro de trabalhadores, cuja condição de emprego é temporária.

Outra razão - talvez mais importante para explicar o sub registro ocorrido especificamente na Indústria - é o erro de informação apontado anteriormente nas Tabelas LXII e LXIII, em que todos os setores de atividade entre 1970 e 1973 tiveram seu emprego aumentado em 50,4%, mantendo-se constante este aumento tanto na Indústria quanto nas demais atividades não-industriais. Isto significaria supor que o emprego na Indústria, segundo o INPS, cresceu à mesma taxa que o emprego em geral, o que é evidentemente muito improvável: enquanto o emprego industrial crescia em torno de 7% ao ano entre 1970 e 1973 como veremos mais adiante na Tabela LXXVIII o emprego urbano total (que constitui a base das estatísticas do INPS) crescia por volta de 10% ao ano.

No que diz respeito à diminuição da taxa de crescimento dos acidentes no período 1972-1973, por outro lado sua explicação mais provável está na legislação acidentária. O Decreto-lei nº 71.037, de 30/8/72 restringiu consideravelmente o recurso ao judiciário para reclamação de direito quanto a acidente do trabalho, sob o argumento de que era necessário conter a corrupção praticada por verdadeiras "indústrias" de ações de acidentes do trabalho (Abranches, 1974). Este decreto, pelos prazos exagerados que estabeleceu para a conclusão dos procedimentos obrigatórios em âmbito previdenciário, retardando por este artifício o

acesso ao judiciário, sofreu sérias críticas na imprensa e entre os parlamentares.

O Decreto-lei consolidou desta forma tendência já expressa anteriormente na Lei 5.316 de 1967 e estabelecida no Decreto-lei nº 893 de 26/11/69 de que a ação judicial contra a Previdência Social, para reclamação de direito quanto a acidente do trabalho, só poderia ser movida após esgotada a via administrativa na previdência social. O que fez foi reafirmar esta tendência e acrescentar a ela prazos excessivamente longos para dificultar ainda mais o acesso ao judiciário.

Estabelece toda uma seqüência de procedimentos em âmbito previdenciário que deve anteceder o recurso à Vara Privativa de Acidentes. Define que o procedimento administrativo na Previdência Social é tido como iniciado quando, uma vez concluído o tratamento, realiza-se a perícia. Não se conformando com o resultado da perícia, o acidentado ou seus dependentes poderão recorrer à Junta de Recursos da Previdência Social (JRPS). Para interposição desse recurso, o interessado terá o prazo de 60 dias contados da ciência da decisão, tornando-se obrigatório em seguida novo exame pericial, julgando a JRPS o recurso no prazo máximo de 90 dias. Somente após a decisão da JRPS ou após o esgotamento do prazo de 90 dias sem que a junta tenha julgado o recurso, o segurado poderá entrar na via judicial.

Sem entrar em maiores detalhes, vemos que esta legislação deve ser levada em conta na análise dos dados, uma vez que favorece um acentuado sub-registro de acidentados que normalmente recorreriam às Varas Privativas. Este fato já foi observado anteriormente na Tabela XLV, que demonstra a redução progressiva das ações relacionadas a acidentes do

trabalho.

*

Finalmente considerando que a Indústria responde por 80% dos acidentes e tendo em conta as dificuldades em se tomar os dados de emprego do INPS como base para o cálculo da relação acidentes/empregados, decidimos recorrer a outras fontes oficiais para obter uma estimativa mais confiável quanto à incidência de acidentes do trabalho sobre a mão-de-obra no país.

Tomando inicialmente a Indústria, vemos que é possível estabelecer um intervalo razoável da proporção de acidentes sobre os trabalhadores industriais, variando de 19,2% - segundo os dados (superestimados) da PNAD 1970, referentes à força de trabalho industrial, que inclui os desocupados - a 27,8%, segundo os dados do INPS já discutidos. Tomando os dados (subestimados) do Censo Industrial de 1970 quanto ao número de trabalhadores industriais - fornecidos pelas próprias indústrias - esta proporção era de 21,5%. Como ao que tudo indica estes dados omitem um expressivo contingente de empregados não-registrados - além de não incluírem os empregados na Construção Civil, cujo peso é considerável no emprego industrial - segundo os dados oficiais subestimados quanto aos acidentes podemos estimar que pelo menos um quarto da mão-de-obra industrial se acidentou em 1970. Isto sem considerar a Construção Civil, que apresenta, como vimos anteriormente, uma das mais elevadas taxas de acidentes fatais no mundo - em 1973, com 13% do total de empregados registrados pelo INPS, respondia por 30% dos acidentes além de ser responsável por aproximadamente 60% dos acidentes que levam a óbito. (Tabela LXXVII).

A Tabela LXXVIII, procurando dar uma visão mais abrangente da relação entre acidentes e emprego nos diferentes setores de atividade, compa

TABELA LXXVII

ACIDENTES DO TRABALHO COM AFASTAMENTO OCORRIDOS NA

INDÚSTRIA E FORÇA DE TRABALHO INDUSTRIAL

BRASIL - 1970

EMPREGO (A)	ACIDENTES OCORRIDOS (B)	(B/A%)
PESSOAS OCUPADAS NO SECUNDÁRIO ⁽¹⁾		
5.197.000	995.732	19,2
MÃO-DE-OBRA INDUSTRIAL ⁽²⁾		
2.699.969	580.794 ^(*)	21,5
SEGURADOS DO INPS ⁽³⁾ NA INDÚSTRIA		
3.576.455	995.732	27,8

FONTES: (1) IBGE, PNAD, 1970, 1º trimestre.

(2) IBGE, Censo Industrial de 1970. Exclui indústria de Construção.

(3) INPS, Secretaria de Seguros Sociais.

(*) Como o Censo Industrial não inclui os trabalhadores na Construção Civil, que têm uma participação considerável no emprego industrial, retiramos do total de acidentes na Indústria aqueles ocorridos na construção civil.

-ra dados de 1970 e 1973, partindo dos diferentes indicadores de emprego existentes.

Ficam claras as distorções (a que já nos referimos) dos dados oficiais do INPS, segundo os quais o emprego na Indústria crescera de forma absurda - 50% entre 1970 e 1973, - quando vemos que na verdade foi de cerca de 21% de acordo com os dados do IBGE. Os critérios do Censo e da Pesquisa Industrial são comparáveis exceto pela cobertura e por isso - apesar de subestimarem o emprego - constituem um indicador razoável para avaliar a variação da proporção acidentes/empregados na Indústria. Esta, como já vimos, além de concentrar mais de 80% dos acidentes, apresenta menor sub-registro de acidentes do que as demais atividades como sugere a própria Tabela LXXVIII.

Sem considerar a Construção Civil, cujos dados não constam destas fontes tomamos - da mesma forma que na Tabela anterior - a proporção dos acidentes nos demais setores industriais (Indústria de transformação e extrativa) sobre o total da mão-de-obra industrial nestes mesmos setores.

Constatamos, em oposição às estatísticas do INPS, considerável aumento na relação acidentes/empregados industriais no período 1970-73, passando de 21,5% para 32,1% , ou seja, um crescimento de 50% na proporção de acidentes por trabalhador da Indústria de transformação e extrativa, quando os dados do INPS mostram - ao contrário - uma queda de cerca de 14% na relação acidentes/empregados industriais para o mesmo período.

Ainda que se possa relativizar esse aumento encontrado na relação acidentes/empregados na Indústria, atribuindo-o à diferença de cobertura entre o Censo de 1970 e a Pesquisa Industrial de 1973, ou mesmo a um maior sub-registro de empregados, o fato é que as diferenças porven

TABELA LXXVIII

ACIDENTES DO TRABALHO COM AFASTAMENTO E
INDICADORES DE EMPREGO
BRASIL, 1970 e 1973

	INDÚSTRIA	DEMAIS SETORES DE ATIVIDADE	TOTAL
1970			
(A) PESSOAS OCUPADAS ^{(1)(*)} (%)	5.197.000 (17,58)	24.373.000 (84,42)	29.570.000 (100,0)
(B) SEGURADOS DO INPS ⁽²⁾ (%)	3.576.455 (49,1)	3.307.567 (50,9)	7.284.022 (100,0)
(C) MÃO-DE-OBRA INDUS- TRIAL ⁽³⁾ (exceto Cons- trução Civil)	2.699.969	-	-
(D) ACIDENTES REGIST. ⁽²⁾ (%)	995.732 (81,6)	224.379 (18,4)	1.220.111 (100,0)
(E) ACIDENTES REGIST.NA INDÚST.(exceto Const. Civil)	580.794	-	-
(D/A)% ACID/PESSOAS OCUP.	19,6	0,92	4,12
(D/B)% ACID/SEGUR.INPS.	27,84	6,0	16,75
(E/C)% ACID/MÃO-DE-OBRA IND.	21,50	-	-
1973			
(A) PESSOAS OCUPADAS (%)	7.812.000 (20,38)	30.513.000 (79,62)	38.325.000 (100,0)
(B) SEGURADOS DO INPS (%)	5.379.867 (49,1)	5.577.089 (50,9)	10.956.956 (100,0)
(C) MÃO-DE-OBRA INDUST. (exceto Const.Civil)	3.264.393	-	-
(D) ACIDENTES REGISTRADOS (%)	1.320.198 (80,86)	312.498 (19,14)	1.632.696 (100,0)
(E) ACIDENTES REGISTRADOS NA INDÚST.(exceto Cons- trução Civil)	867.766	-	-
(D/A)% ACID./PESSOAS OCUP.	16,89	1,02	4,26
(D/B)% ACID./SEGUR.INPS.	24,50	5,6	14,9
(E/C)% ACID./MÃO-DE-OBRA IND.	32,14	-	-

FONTES: Elaborada a partir de
diferentes fontes -

- (1) FUNDAÇÃO IBGE, PNAD 1970, 1º trimestre e PNAD 1973, 4º trimestre.
- (2) INPS-SECRETARIA DE SEGUROS SOCIAIS, ESTATÍSTICAS DE ACIDENTES DO TRABALHO, 1970 e 1973.
- (3) FUNDAÇÃO IBGE, CENSO INDUSTRIAL DE 1970 E PESQUISA INDUSTRIAL DE 1973. Indústrias de transformação e extrativa, não constatando dados para a Construção Civil.

(*) Pessoas ocupadas - até 1970, a mão-de-obra investigada pela PNAD abrangia somente as pessoas de 14 anos e mais. Nos anos seguintes, passa a incluir os maiores de 10 anos. O conceito de pessoa ocupada da PNAD é bastante amplo, referindo-se a pessoas que estavam trabalhando na semana de referência e as que, embora não estivessem trabalhando, tinham algum emprego ou negócio do qual se encontravam temporariamente ausentes, por motivo de doença, férias, luto, etc.

-tura existentes certamente não seriam suficientes para explicar um aumento naquela relação de cerca de 50% em 3 anos. Tudo indica, portanto, que a superestimativa de empregados pelo INPS - referindo-se a registrados e não a empregados - , aliada ao sub-registro de acidentes, foi responsável pela queda nos indicadores, sem uma correspondência real.

Nos demais setores de atividade vemos que a proporção de acidentes/empregados registrados no INPS e a proporção de acidentes sobre pessoas ocupadas (PNAD) são extremamente baixas e, ao que tudo indica, são certamente bem maiores do que deixa transparecer a Tabela LXXVIII.

Se mesmo na Indústria existe um grande contingente de trabalhadores sem carteira assinada, refletindo a falta de fiscalização e controle por parte dos órgãos competentes e o baixo poder de pressão dos próprios trabalhadores, é provável que nos demais setores isto ocorra com maior freqüência.

Na Construção Civil, por exemplo, 35% dos empregados não tinham, em 1972, carteira assinada. Ao mesmo tempo apresenta - como vimos na Tabla LXI , uma das mais elevadas taxas de acidentes fatais do mundo⁽¹³⁾, que seria certamente bem maior se todos os seus empregados fossem registrados.

Vemos, com base nos dados da PNAD 1976 apresentados na Tabela LXXIX, que a proporção de trabalhadores sem carteira assinada no país é bastante

(13) No Município de Campinas, em 1975, segundo o INPS Local, este setor respondia pela maior parte dos acidentes do trabalho, com 35% do total de acidentes. Em entrevista realizada na pesquisa de campo que coordenamos nos sindicatos de Campinas (à qual nos referiremos no decorrer deste trabalho), o próprio presidente do Sindicato da Construção e do Mobiliário reconheceu a gravidade da situação em seu Setor.

TABELA LXXIX

PROPORÇÃO DE EMPREGADOS COM CARTEIRA ASSINADA EM RELAÇÃO AO TOTAL
DE EMPREGADOS, POR SEXO E SETOR DE ATIVIDADE

BRASIL (1)

1976

SETOR DE ATIVIDADE	1 9 7 6		
	TOTAL	HOMENS	MULHERES
TOTAL	61,3	65,1	52,6
ATIVIDADES AGRÍCOLAS	18,3	19,3	12,5
ATIVIDADES NÃO AGRÍCOLA	70,5	77,4	57,0
INDÚSTRIA DE TRANSFORMAÇÃO	67,9	68,0	67,4
INDÚSTRIA DE CONSTRUÇÃO	70,3	70,1	78,1
OUTRAS ATIVIDADES INDUSTRIAIS	88,6	88,5	90,1
COMÉRCIO DE MERCADORIAS	75,8	74,8	78,2
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	38,5	67,0	24,9
TRANSPORTE E COMUNICAÇÃO	84,5	83,7	92,5
PROFISSIONAIS LIBERAIS E ATIVIDA- DES SOCIAIS	62,6	73,0	58,5
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	50,7	48,7	59,4
OUTRAS ATIVIDADES	91,4	92,7	88,2
SERVIÇOS AUXILIARES DA ATIV. ECO- NÔMICA	82,2	83,4	79,2

FONTE: PNAD 1976 - DEISO - IBGE

NOTA: (1) OS DADOS DE 1976 NÃO INCLUEM A ÁREA RURAL DA REGIÃO VII (RE-
-GIÃO NORTE E OS ESTADOS DE MATO GROSSO E GOIAS)

-te elevada, atingindo cerca de 40% do total de trabalhadores, sendo que mesmo nas atividades não-agrícolas 30% dos trabalhadores não eram registrados.

Como o registro do acidente do trabalho está estreitamente vinculado às obrigações trabalhistas das empresas, tudo indica que a hipótese de sub-registro para os dados referidos na Tabela reflete aspectos distintos de uma mesma realidade, ou seja, a subestimativa do número de trabalhadores - por não estarem registrados - acaba levando ao sub-registro de acidentes, mesmo na Indústria, onde a proporção de acidentes é bastante elevada.

Segundo declarações do próprio Ministro da Previdência Social, Jair Soares, em entrevista à Revista Veja (3/10/79), numa amostragem de 6.000 empresas, cerca de 12% de seus trabalhadores não estavam inscritos na Previdência.

Se este tipo de fraude ocorre com frequência com as obrigações trabalhistas mais corriqueiras, como admitem as próprias autoridades, como acreditar na qualidade das informações disponíveis quanto ao registro de acidentes do trabalho?

Analisando a Tabela LXXX, que distribui por setor de atividade (segundo classificação do INPS) os acidentados do trabalho submetidos à reabilitação profissional em São Paulo (Magalhães, 1976), constatamos que a categoria com maior proporção de casos em reabilitação corresponde justamente a trabalhadores autônomos e desempregados, um forte indício de que se trata de trabalhadores não registrados.

Na agricultura ocorre também sub-registro de acidentes. Em reportagem no jornal Folha de São Paulo, de 27/9/79, sob o título "Contag quer melhor assistência", publicou-se a seguinte notícia:

TABELA LXXX

DISTRIBUIÇÃO POR RAMOS DE ATIVIDADE DOS CASOS DE LIMITAÇÃO POR
ACIDENTE DE TRABALHO CENTRO DE REABILITAÇÃO DE SÃO PAULO, INPS.

- 1975^(*) -

Class.	Ramo de Atividade Segundo INPS	Nº	%
1º	Item 0 -(Corresp. Autônomos, desempregados)	230	20,00
2º	Ramo 121- Construção Civil	218	18,95
3º	Ramo 119- Mec. Mat. Eletr. Eletron.	149	12,95
4º	Ramo 102- Ind. Prod. Alimentícios	54	4,70
5º	Ramo 118- Ind. Metalúrgica	50	4,35
6º	Ramo 106- Ind. Têxtil, Fiação, Tecel.	40	3,48
7º	Ramo 120- Constr. Repar. Veículos	37	3,22
8º	Ramo 503- Emp. Ferro Carris Urb.	37	3,22
SUB-TOTAL		816	70,87
OUTROS RAMOS		335	29,13
TOTAL		1.150	100,00

FONTE: Magalhães (1976)

Extraído de Tragtenberg (1979).

"O presidente da Confederação Nacional dos Trabalhadores na agricultura (...) entregou ontem ao Ministro Jair Soares, da Previdência Social, documento com reivindicações da classe (...). Os trabalhadores querem o valor do auxílio-doença por acidente igual ao maior salário mínimo vigente no país; que a legislação passe a considerar como acidente do trabalho rural todo aquele verificado não apenas durante as atividades, mas também os registrados no trajeto trabalho/casa/trabalho; que o prazo de 8 dias para comunicação de acidente seja abolido, por inexistir esse prazo na lei regulamentadora de acidente do trabalho rural; e extensão ao homem do campo de outros benefícios como indenização por invalidez, auxílio-acidente, auxílio-suplementar e pecúlio por invalidez e morte".

Os acidentes do trabalho registrados pela Previdência Social na agricultura representam uma parcela mínima do total de acidentes:

TABELA LXXXI

ACIDENTES NA AGRICULTURA COMO %
DO TOTAL DE ACIDENTES

SETOR	1971	1972	1973
Agricultura, Silvicultura, Criação, Caça e Pesca	2.873 (0,23%)	2.569 (0,19%)	3.102 (0,19%)
Demais atividades	1.235.494 (99,77%)	1.339.604 (99,81%)	1.629.594 (99,81%)
TOTAL DE ACIDENTES	1.238.367 (100,0)	1.342.173 (100,0)	1.632.696 (100,0)

FONTE: INPS, Secretaria de Seguros Sociais, Estatísticas de Acidentes do Trabalho.

Os empregados registrados na agricultura representam igualmente parcela ínfima do total de empregados registrados pela Previdência Social, como mostram os dados disponíveis para 1972 e 1973:

TABELA LXXXII

EMPREGADOS NA AGRICULTURA COMO %
DO TOTAL DE EMPREGADOS

SETOR	1972	1973
Agricultura, Silvicultura, Caça e Pesca	32.369 (0,39%)	42.737 (0,39%)
Demais atividades	8.268.140 (99,61%)	10.914.219 (99,61%)
TOTAL DE EMPREGADOS	8.300.509 (100,0)	10.956.956 (100,0)

FONTE: INPS, Secretaria de Seguros Sociais, Estatísticas de Acidentes do trabalho.

Em síntese, os fatores que explicam o sub-registro dos acidentes seriam: a existência de cerca de 40% de trabalhadores no país sem carteira assinada; as restrições que a legislação acidentária vem progressivamente sofrendo na conceituação do acidente e das doenças do trabalho; as restrições à concessão dos benefícios; as restrições no acesso ao judiciário; e, finalmente, a tendência crescente, favorecida pela Previdência Social, no sentido de se transferir às empresas a responsabilidade pelos acidentes, resolvendo-os no próprio local de trabalho e sem notificá-los

ao INPS, o que além de subestimá-los ainda desloca o seu registro para os casos mais graves. Conclui-se portanto que o problema dos acidentes do trabalho assume no Brasil proporções bem mais graves do que as estatísticas existentes permitem sequer vislumbrar.

As estatísticas anteriores a 1975 - ainda que se considerando as limitações apontadas até aqui - permitem analisar com razoável grau de confiabilidade algumas hipóteses quanto às determinações dos acidentes do trabalho, à luz da estrutura produtiva e do processo de trabalho específico aos diferentes setores industriais.

Em trabalho pioneiro que tenta demonstrar que a variável tamanho constitui importante fator na determinação da proporção de acidentes graves na Indústria, Mendes (1975) avaliou uma amostra de 6.310 acidentes do trabalho ocorridos no período 1969-1974 na Grande São Paulo e classificados como "graves" pela Coordenadoria Regional de Acidentes do Trabalho do INPS. Constatou que, destes, 3.122 não possuíam o registro de "código de atividade" - o que, de passagem, confirma as limitações a que nos referimos quanto à precariedade das estatísticas por setor de produção.

Mendes trabalhou com os 3.188 processos em que consta a atividade do acidentado, distribuindo os acidentes graves pelos gêneros industriais e corrigindo essas percentagens em função do número de empregados.

Como acidente "grave" foi adotado o próprio critério do INPS, ou seja, aquele que conduz a óbito, a incapacidade permanente, ou que se constitui de lesões graves, tais como fraturas, perdas de substâncias, etc.

Do total de acidentes graves investigados, apenas 0,1% levou a óbitos, pela não inclusão no critério adotado aos acidentes ocorridos na Construção Civil,⁽¹⁴⁾ os de trânsito e os de trajeto, que juntos correspondem a cerca de 90% dos óbitos por acidentes do trabalho (Brandão 1972).

A Indústria contribui, na amostra estudada, com quase 90% dos acidentes graves, mantendo a mesma proporção verificada para os acidentes do trabalho em geral, independentemente de sua gravidade.

Os "acidentes graves" foram distribuídos pelo autor segundo três estratos de tamanho das empresas: "pequenas" (menos de 100 empregados), "médias" (de 100 a 499) e "grandes" (500 e +). Estas distribuições foram depois ajustadas de acordo com o número de trabalhadores empregados em cada estrato.

Feito este ajuste, o autor chega à conclusão de que, apesar de as pequenas empresas ocuparem apenas 29,5% da mão-de-obra industrial de São Paulo, nelas ocorreram 51,7% dos acidentes graves. Ao contrário, enquanto as grandes empresas ocupam 33,5% da mão-de-obra industrial, nelas ocorreram apenas 15,5% destes acidentes. Assim, as pequenas e médias empresas, que concentram 66,5% da mão-de-obra industrial na Grande São Paulo, responderam por mais de 84,5% dos acidentes graves. (Tabela LXXXIII)

Mendes procura demonstrar assim com sua pesquisa que o "risco" de acidentes graves nas pequenas empresas industriais é quase 4 vezes maior que o das grandes e 2 vezes o das médias. Nestas, o "risco" de ocorrência de acidentes graves é quase 2 vezes o das grandes empresas, conforme mostra a Tabela .

Mendes mostra ainda que a ocorrência de acidentes graves na indústria de produtos alimentares (respondendo as padarias por 56% dos aci-

(14)O critério adotado, excluindo da análise de acidentes graves o setor de Construção Civil - limitação imposta pela própria classificação do INPS - restringe as possibilidades de pesquisa, quando se considera que este setor responde por cerca de 13% do emprego, 30% dos acidentes registrados e 60% dos acidentes fatais.

TABELA LXXXIII

DISTRIBUIÇÃO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTOS INDUSTRIAIS
E DOS ACIDENTES GRAVES, SEGUNDO O TAMANHO DA EMPRESA
(em 3 estratos)

Tamanho da Empresa	Empregados (%) (A) (*)	Acidentes (%) (B)	B/A	Proporção de A/E em relação às "grandes em presas"
"Pequenas" (1 a 99)	29,5	51,7	1,75	3,78
"Médias" (100 a 499)	37,0	32,8	0,89	1,92
"Grandes" (500 e +)	33,5	15,5	0,46	1,00
TOTAL	100,0	100,0	100,0	2,16

FONTES: (*) CADASTRO INDUSTRIAL DO SENAI.

COORDENAÇÃO REGIONAL DE ACIDENTES DO TRABALHO, SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SÃO PAULO, INPS.

Extraído de Mendes (1975).

-dentes) é cerca de 5 vezes a da indústria têxtil e a da indústria gráfica, equivalendo a 2,2 vezes a média da Indústria.

Em sua amostra, como vemos na Tabela LXXXIV, a indústria de produtos alimentares e as indústrias metalúrgica, mecânica e do material elétrico e eletrônico ⁽¹⁵⁾, situam-se respectivamente em primeiro e segundo lugar na importância relativa de ocorrência de acidentes graves, abrangendo cada gênero grupos muito diferentes de indústrias. Ao desdobrar estes gêneros, constatou que nestes últimos predomina o grupo "estamparia de metais" com quase metade dos acidentes graves (48%), seguido do grupo "artefatos de ferro e de metais em geral", com 20,3%. No primeiro gênero destacam-se em primeiro lugar as padarias (58,8%), seguidas da indústria de massas alimentares e biscoitos, com 14,1%.

Mendes conclui sua pesquisa constatando que 84,5% dos acidentes graves de sua amostra provinham de pequenas e médias empresas, as quais absorviam 66,5% da mão-de-obra industrial na Capital.

Não qualificou, contudo, a natureza da amostra. Referindo-se à época de ocorrência dos acidentes, afirmou:

"...pouco ou nada pode ser inferido, porque o material é constituído por acidentes que, além de graves, foram objeto de investigação pelos técnicos da Coordenação Regional de Acidentes do Trabalho, do INPS de São Paulo. Isto, naturalmente, faz com que a maior ou menor frequência de

(15) Tivemos que agrupar os gêneros indústria mecânica e do material elétrico com a indústria metalúrgica, dado o equívoco do autor ao incluir grupos tais como Estamparia de metais, Artefatos de ferro e de metais em geral, Serrelheria, ferraria e fechaduras, galvanoplastia, niquelação e cromagem, no gênero Indústria Mecânica quando na verdade pertencem à Indústria Metalúrgica. Como não era possível, a partir da referida publicação, ter acesso aos dados brutos para os diferentes setores, tivemos que agregá-los, como mostra a Tabela LXXXIV.

TABELA LXXXIV

IMPORTÂNCIA RELATIVA DOS GÊNEROS INDUSTRIAIS NA
OCORRÊNCIA DE ACIDENTES GRAVES, SEGUNDO MENDES
(Gêneros mais importantes)
SÃO PAULO - 1969/1974

GÊNERO INDUSTRIAL	COEFICIENTE ACIDENTES/EMPREGADO (*)
1. Produtos Alimentares	2,20
2. Metalúrgica, Mecânica e Material Elétrico (**)	2,01
3. Fumo	1,76
4. Artefatos de Plástico	1,53
5. Madeira e Cortiça	1,20
6. Artefatos de Borracha	0,64
7. Mobiliário	0,54
8. Papel e Papelão	0,46
9. Gráfica	0,41
10. Têxtil	0,41
TOTAL DOS GÊNEROS	1,00

FONTES: FIBGE, Censo Industrial de 1970.

COORDENAÇÃO REGIONAL DE ACIDENTES DO TRABALHO, SUPERINTENDÊNCIA
REGIONAL DE SÃO PAULO, INPS.

Elaborado a partir de Mendes (1975)

(*) Em relação à média da Indústria.

(**) Os 3 gêneros foram por nós agrupados pela impossibilidade de des-
tacar os dados brutos de acidentes a partir da referida publicação.
(ver texto).

acidentes graves investigados durante os seis anos (1969 a 1974), dependa essencialmente da disponibilidade do pessoal técnico."(grifos nossos). O fato de terem constituído objeto de investigação pelo INPS - não tendo, inclusive, ficado claro quais os critérios da investigação - introduz certamente na amostra considerada variáveis outras além da gravidade, o que pode sugerir tendenciosidade, na medida que trata de acidentes graves investigados pelo INPS e não dos acidentes graves em geral.

Outra restrição que cabe fazer à pesquisa é que em nenhum momento procura analisar que ponto o fato de ter encontrado uma maior proporção de acidentes graves em pequenos e médios estabelecimentos não se deve simplesmente a uma maior ou menor frequência de acidentes em geral - graves ou não - em gêneros industriais que concentram estabelecimentos de pequeno e médio porte. Cabia também discutir até que ponto isto se deve realmente ao tamanho ou pode ser atribuído às condições técnicas de trabalho específicas a cada setor de atividade.

*

Tomando como base os dados oficiais existentes - considerando evidentemente suas limitações e procurando na medida do possível contorná-las - decidimos testar a hipótese de Mendes, com base nos acidentes em geral (graves ou não) no Brasil.

Tendo como referência o ano de 1973, para o qual dispúnhamos de dados comparáveis para as variáveis que pretendíamos analisar, utilizamos o método de correlação ordinal de Spearman para verificar em que medida a frequência e/ou a gravidade dos acidentes nos diferentes gêneros industriais eram determinadas pelos indicadores considerados, ou seja:

1. salário-médio
2. horas trabalhadas
3. percentual de empregados em pequenas e médias empre-
-sas sobre o total de empregados

O coeficiente de frequência foi tomado tal qual expresso nas esta-
tísticas oficiais do INPS: $\frac{A}{H} \cdot 10^6$, representando o número de acidentes so-
bre o número de homens hora trabalhadas, multiplicado por 1.000.000 horas.

A gravidade foi tomada em sua medida mais simples, como consta das
estatísticas do INPS, ou seja, média de dias de permanência em tratamento
por acidente do trabalho em cada gênero de indústria.

O salário médio é obtido dividindo-se o salário total de cada gêne-
ro pelo número de empregados com base nos dados da Pesquisa Industrial de
1973 (IBGE).

O número de horas trabalhadas por gênero foi tirado de Bonelli
(1976) ., conforme descrevemos anteriormente na análise da Tabela LV , a
partir de diferentes fontes de dados. Embora estes dados se refiram a 1970,
supusemos que a ordenação dos diferentes setores não se alterou significa-
tivamente entre 1970-1973 quanto ao número de horas trabalhadas, - que é o
que importa para fins da correlação ordinal - embora em termos absolutos
possa ter ocorrido um aumento no período. De fato, quando testamos esta hi-
pótese correlacionando o número de horas trabalhadas em 1970 com o coefi-
ciente de frequência em 1971 (ano mais próximo) a 1970 para o qual o INPS
divulgou os dados quanto à frequência dos acidentes por gênero - e (o mais
importante) quando não havia ainda tendência a manter rigidamente constante
a distribuição dos acidentes por setores, segundo a Lei 2/3 o que passou a
ocorrer a partir de 1972), a correlação foi praticamente a mesma encontra-

-da para 1973, como mostra a Tabela LXXXVII mais adiante.

Enfim, quanto à proporção do pessoal ocupado em pequenas e médias empresas, utilizamos os dados da Pesquisa Industrial de 1973 (IBGE), os quais permitiram verificar por gênero de indústria quantos dos empregados encontravam-se ocupados em pequenos, médios e grandes estabelecimentos.

A principal objeção metodológica que poderia suscitar a tentativa de correlacionar as variáveis acima referidas refere-se ao erro de informação a que nos referimos nas Tabelas LXII e LXIII quanto à tendência do INPS de manter constante a distribuição dos acidentes pelos diversos setores de atividade. Como esta distribuição não é aleatória, mas tem fundamento nos dados da Lei de 2/3 para 1972, ano a partir do qual as proporções tendem a se manter constantes, sua consequência mais séria é impedir a análise das variações ao longo do tempo nos diferentes setores de atividade. Como não se pretende aqui uma análise da variação temporal dos acidentes em cada setor, mas tão somente ordenar, para um dado ano, os acidentes quanto à sua frequência e gravidade, estamos supondo - com uma margem pequena de erro - que no período de apenas 1 ano (1972 - 1973) a distribuição dos acidentes nos diferentes setores de atividade não deve ter sofrido variações significativas em sua ordenação, embora possa ter variado em termos absolutos.

Os resultados que encontramos estão apresentados nas Tabelas LXXXVI e LXXXVII. Ao contrário do que supõe Mendes, apontam para a inexistência de correlação entre gravidade dos acidentes e tamanho das empresas (0,02). O corte por tamanho ordena melhor a frequência dos acidentes, com uma correla-

ção de 0,49, ao nível de significância de 2,5%.

Como vimos, Mendes omite na descrição da metodologia usada o fato de não ter realizado qualquer ponderação que lhe permitisse provar que a concentração dos acidentes graves de sua amostra em estabelecimentos de menor porte (ou em determinados gêneros industriais) não decorre simplesmente de uma maior frequência dos acidentes em geral (graves ou não) nestes estabelecimentos ou gêneros. Como existe correlação entre frequência e gravidade, de 0,46 ao nível de significância de 2,5%, é bem provável que isto tenha ocorrido. Em outras palavras, não há aparentemente mais acidentes graves nas pequenas e médias empresas do que nas grandes: os acidentes em geral tendem a ser mais frequentes nas empresas de menor porte e mesmo esta afirmação deve ser relativizada, pois a correlação (negativa) entre frequência e tamanho, embora alta, não é das mais elevadas.

Ao que tudo indica, o corte mais relevante na determinação dos acidentes é o número de horas trabalhadas. Constatamos elevada correlação entre frequência dos acidentes e o número de horas trabalhadas, de 0,70 ao nível de significância de 0,5%. Este foi o maior valor encontrado nas correlações efetuadas, o que aponta para a importância da fadiga na determinação do acidente do trabalho. Foi interessante também constatar que o número de horas trabalhadas apresentou correlação praticamente nula (0,04) com a gravidade.

A gravidade dos acidentes não é determinada nem pelo tamanho nem pelo número de horas trabalhadas: depende das condições técnicas de produção, específicas de cada setor de atividade, vinculadas às características do processo produtivo e do produto final. A frequência, por sua vez, expressa uma vulnerabilidade maior pelo desgaste no processo de trabalho,

TABELA LXXXV

DISTRIBUIÇÃO DOS GÊNEROS INDUSTRIAIS SEGUNDO
DIFERENTES CRITÉRIOS
BRASIL, 1973

GÊNEROS	(1) COEF. DE FREQ. DOS ACIDENT. (C)	(2) GRAVID. DOS ACID. (Média dias afast. p/trat.) (D)	(3) % PESSOAL OCUP. EM PEQUENOS E MÉDIOS ESTAB. (A)	(4) SALÁRIO MÉDIO SAL. TOTAL/ Nº EMPREGADOS (B)	(5) Nº MÉDIO DE HO- RAS SEMANAIS TRABALHADAS * (E)
Extrativa Mineral	85	24	59,81	12,07	(n.d.)
Minerais não-metá- -licos	75	22	72,96	8,46	48,5
Metalúrgica	109	16	68,14	11,52	49,6
Mecânica/Material Elétrico	119	14	65,52	13,67	48,4
Material de Trans- porte	63	16	48,22	15,68	46,2
Madeira	131	32	94,19	6,29	48,6
Mobiliário	109	19	92,11	8,41	48,2
Papel e Papelão	84	22	76,17	10,76	49,0
Borracha	75	18	60,95	11,34	48,6
Carros e Peles	69	18	86,70	7,71	48,5
Química/Farmac.e Perfumaria	64	19	65,27	16,71	47,3
Plásticos	95	17	79,73	10,04	48,6
Têxtil	64	18	54,51	7,86	48,3
Vestuário e Calça- dos	37	13	77,75	6,79	47,9
Prod. Aliment.	87	22	83,61	7,55	49,2
Bebidas	90	18	72,92	10,11	49,1
Fumo	16	24	45,87	8,76	46,3
Editorial e Gráfi- ca	37	19	72,00	13,78	47,7

FONTE: Elaborada a partir de dados das seguintes fontes - 1. MPAS/INPS-Secretaria de Seguros Sociais, 1973.

2. idem.

3. IBGE, Pesquisa Industrial de 1973

4. idem

5. Bonelli (1976)

(* Dado para 1970.

TABELA LXXXVI

CORRELAÇÃO ORDINAL DE SPEARMAN ENTRE AS
VARIÁVEIS DISTRIBUÍDAS NA TABELA

	A	B	C	D	E
	PESSOAL OCUP. PEQUENAS E MÉDIAS	SALÁRIO MÉDIO	FREQUÊNCIA DE ACIDENTES	GRAVIDADE	HORAS TRABALHADAS
A					
PESSOAL OCUP. PEQUENAS E MÉDIAS	-	-0,64 sig:0,5%	0,49 sig:2,5%	0,02 sig:-	0,39 sig:2,5%
B					
SALÁRIO MÉDIO	-	-	-0,10 sig:-	0,0 sig:-	-0,21 sig:-
C					
FREQUÊNCIA	-	-	-	0,46 sig:2,5%	0,70 sig:0,5%
D					
GRAVIDADE	-	-	-	-	0,04 sig:-
E					
HORAS TRABALHA- DAS	-	-	-	-	-

TABELA LXXXVII

NÚMERO MÉDIO DE HORAS TRABALHADAS EM 1970 E COEFICIENTES DE FREQUÊNCIA
DE ACIDENTES DO TRABALHO, EM 1971 e 1973

GÊNEROS	(A) Nº MÉDIO HO- RAS TRABALHA- DAS (1970)	(B) COEF. DE FREQ. (1971)	(C) COEF. DE FREQ. (1973)
Extrativa Mineral	(n.d.)	168	85
Minerais não Meta- licos	48,5	95	75
Metalúrgica	49,6	155	109
Mecânica/Material Elétrico	48,4	129	119
Material de Trans- -porte	46,2	78	63
Madeira	48,6	172	131
Mobiliário	48,2	119	109
Papel e Papelão	49,0	117	84
Borrachá	48,6	92	75
Couros e Peles	48,5	105	69
Química/Farmac/ Perf.	47,3	82	64
Plásticos	48,6	80	95
Têxtil	48,3	96	64
Vestuário e Calça- -dos	47,9	48	37
Produtos Alimentí- -cios	49,2	118	87
Bebidas	49,1	137	90
Fumo	46,3	44	16
Editorial e Gráfica	47,7	35	37

	HORAS A	FREQ. 71 B	FREQ. 73 C
HORAS A	-	0,73 sig:0,5%	0,70 sig:0,5%
FREQ. 71-B	-	-	0,86 sig:0,5%
FREQ. 73-C	-	-	-

onde a fadiga assume um papel decisivo, chamando atenção para a necessidade de uma análise em maior profundidade do problema das horas extras na determinação do acidente do trabalho.

*

O estudo da fadiga e da hora extra como principal determinante dos acidentes do trabalho, bem como a tendência a uma menor frequência (e não necessariamente menor gravidade, como vimos) de acidentes nas grandes empresas, deve tomar como ponto de partida a existência de uma correlação entre o tamanho da empresa e a racionalização dos processos de produção.

A maximização da integração homem - máquina na produção industrial tende a ser mais intensificada nas empresas de grande porte. Uma original abordagem da questão é o estudo de Bright (1958), que interliga em sua teoria a evolução da máquina à contribuição do trabalhador, mostrando que o elemento fundamental na evolução da maquinaria não é a dimensão, complexidade ou velocidade da operação, mas a maneira pela qual suas operações são controladas pelo homem.

Analisando esse aspecto, Braverman (1977) mostra que do ponto de vista da evolução histórica da maquinaria, a utilização das ferramentas como extensões dos órgãos humanos de trabalho poderia levar à conclusão de uma tendência crescente ao controle pelos seres humanos do processo de trabalho, por meio de máquinas e sistemas de máquinas. Observa, contudo, que o controle humano sobre o processo de trabalho compreendido desse modo nada mais é que uma abstração, quando considerado fora do âmbito social em que a maquinaria está desenvolvida. Isto porque "a maquinaria entra no mundo não como serva da 'humanidade', mas como instrumento daqueles a quem a acumulação de capital proporciona a propriedade das máquinas. Uma vez que o controle da máquina não pertence ao seu operador imediato, este se torna

seu servo." (grifo do autor)

Marx (1867) expressou bem esse processo:

"Todo tipo de produção capitalista, na medida em que não é apenas um processo de trabalho, mas também um processo de criar mais-valia, tem isto em comum, que não é o operário que emprega os instrumentos de trabalho, mas os instrumentos de trabalho é que empregam o operário. Mas é apenas no sistema fabril que esta inversão pela primeira vez adquire realidade técnica e palpável. Por meio de sua conversão num autômato, o instrumento de trabalho faz frente ao trabalhador, durante o processo de trabalho, na forma de capital, de trabalho morto, que domina e drena força de trabalho viva".

A maquinaria oferece à "administração científica" condições ótimas ao controle do processo de trabalho, como já dizia Babbage (1832): "uma grande vantagem que podemos obter da maquinaria é o controle que ela proporciona da desatenção, indolência ou desonestidade de agentes humanos". Assim, uma importante vantagem da linha de montagem industrial é o controle que permite, fazendo com que o ritmo da "máquina" determine o ritmo do trabalho.

O aperfeiçoamento da gerência ou "administração científica" conduziu a um avanço considerável nos estudos sobre a racionalização do processo produtivo, possibilitando que os trabalhadores pudessem ser estudados e tratados - tal como as máquinas - como "peças" do sistema produtivo. Tendo seu início com o estudo dos tempos, desenvolvido por Taylor em 1881, evoluiu rapidamente já em 1919, ampliando a contribuição inicial de Taylor, seus mais importantes seguidores, Frank e Lillian Gilberth (1919), acrescentavam ao estudo do tempo o estudo do movimento. Este consistia na pesquisa e classificação dos movimentos básicos do corpo, aplicável a qualquer tipo

de trabalho concreto em que esses movimentos fossem utilizados. Mostram que é desnecessário relacionar em uma longa lista as tarefas e os movimentos a elas correspondentes, uma vez que os movimentos que o homem realiza no trabalho se restringem a um número reduzido de movimentos elementares. Assim, o que torna diferente uma operação de outra, ou um trabalho de outro, é a combinação diversa ou a seqüência diversa com que os movimentos elementares se apresentam em cada situação.

Braverman, referindo-se à tendência crescente ao estudo das relações de trabalho através da maximização da relação homem - máquina, observa com ironia que os movimentos elementares relacionados pelos Gilberth são descritos em termos de máquina: "dobrar", por exemplo, é "movimento principal com os quadris como dobradiça".

Partindo das investigações e aplicações do estudo dos movimentos, os Gilbreth acrescentaram uma outra importante contribuição à administração: o estudo dos micromovimentos. Estes, por sua duração inferior a 0,01 minutos, não são passíveis de medição por cronômetro, requerendo o emprego de máquinas de filmar especiais para a observação de micromovimentos de até 0,0005 minutos de duração.

A aplicação prática do estudo dos tempos e movimentos desencadeou, em seus primórdios, intensa reação nos Estados Unidos, especialmente no período entre 1913 e 1947, quando o Congresso Americano decretou ato proibindo a utilização do cronômetro em repartições ou fábricas do Governo.

Atualmente a maioria dos sindicatos americanos já aceita a fixação das tarefas em função de tempos-padrões em seus contratos de trabalho, limitando-se a evitar que os trabalhadores ultrapassem a quota pré-fixada, recusando a inclusão de incentivos nos contratos.

No Brasil, a permissividade é ainda maior, pelas restrições impostas aos sindicatos, o que cria condições bem mais favoráveis para as empresas. Como dizem Machline et alii (1971), "por parte das organizações sindicais brasileiras, com exceção dos marítimos e portuários, não há a priori preconceitos contra a melhoria dos métodos de trabalho e a introdução de prêmios salariais".

O "sistema de prêmio" a que Machline se refere nada mais é do que o pagamento ao trabalhador de um adicional correspondente ao esforço dispendido acima do "normal", que se acrescenta ao seu salário-hora. O salário fica assim constituído de duas parcelas, uma fixa e outra variável. Esta forma de remuneração, associada à hora-extra, aumenta brutalmente o desgaste físico no processo de trabalho, na medida em que estimula o trabalhador a ir além do tempo-padrão.

Por esta razão, além do controle do tempo e dos movimentos, através da cronoanálise, as investigações sobre fadiga, monotonia e "tolerâncias pessoais" ⁽¹⁶⁾ tornaram-se fundamentais para a projeção do "fator humano" no trabalho. O desgaste energético durante o processo de trabalho é minuciosamente medido a partir de modelos fisiológicos, em que o consumo de oxigênio e os índices cardíacos são os indicadores mais comuns. Através do ergógrafo - aparelho que permite medir o potencial energético

(16) Segundo Toledo Junior e Kuratomi (1977), em sua obra sobre Cronoanálise, Organização e Métodos, as tolerâncias pessoais correspondem ao tempo durante o qual o trabalhador atende às suas necessidades fisiológicas (beber água, ir ao banheiro, limpar os óculos, assoar o nariz, etc). Vestir roupas de segurança, consumir um lanche, tomar café e demoras desse tipo, não devem constar desse grupo, e sim cobertas por tolerâncias especiais - se permitidas pela disciplina da empresa. Segundo padrões internacionais, a tolerância pessoal é estabelecida em um coeficiente de 5% sobre o tempo efetivo de trabalho (tempo base de 8 horas), correspondendo a 24 minutos.

de cada indivíduo - traça-se a "curva de fadiga" ou "perfil de fadiga" do trabalhador. Uma vez traçado o ergograma, verifica-se que existem consideráveis variações individuais quanto à resistência ao esforço físico: alguns indivíduos conseguem manter um elevado nível de resistência durante muito tempo, cedendo bruscamente à fadiga; outros cedem à fadiga de modo regular, enquanto que alguns cedem rapidamente no início, mas conseguem manter seu esforço em nível médio por um bom tempo, até chegarem ao esgotamento.

A "curva de fadiga" é um importante instrumento - entre outros - utilizado pelas empresas no processo de seleção de pessoal. Escolhidos os mais aptos, traça-se a curva de Gauss para determinar a capacidade de trabalho "normal", a partir da observação cotidiana dos trabalhadores. Segundo Machline et alii, "o índice 100 é considerado o esforço normal que pode ser exercido continuamente por um homem normal, produzindo num ritmo de trabalho médio. O índice 130 constitui, segundo numerosas observações, o ritmo máximo que pode ser mantido continuamente pelo grupo de mais alta capacidade e é, usualmente, o limite prático dos sistemas de incentivo".

Assim, do grupo mais apto que passou pelo processo de seleção, identifica-se os que são capazes de se manter no ritmo máximo. Sobre estes se concentram os sistemas de prêmio e horas-extra, os quais passam a se tomar referência para os demais trabalhadores.

Um bom exemplo, obtido a partir de entrevistas em profundidade (Carmargo et alii, 1976) com operários de uma grande empresa multinacional em São Paulo, mostra como ocorre na prática esta seleção dos mais aptos: trabalhadores de uma seção da fábrica devem soldar certo número de pontos de

uma placa que permanece determinado tempo em sua frente. O número médio de placas a ser soldado por hora é determinado pelo estudo de tempos e movimentos, que estabelece uma produção mínima com base no desempenho de operários mais hábeis, que conseguem fazer tais operações com luvas. Os menos hábeis acabam tendo que trabalhar sem luvas e são multados quando se ferem, havendo vários casos de perda total ou parcial de unhas e de - dos.

A racionalização dos movimentos humanos no processo de trabalho vem se tornando atualmente objeto de técnicas cada vez mais sofisticadas, dividindo-se em análise das operações simultâneas e análise das atividades homem-máquina. A primeira visa maximizar a utilização sincronizada das diferentes partes do corpo no processo de trabalho: as mãos não devem interromper seu trabalho para fazer operações que podem ser comandadas pelos pés (pedais, por exemplo); quando a mão direita trabalha, a esquerda não deve ficar ociosa. Nesse sistema, até os movimentos dos olhos são medidos.

A análise das atividades homem-máquina permite por outro lado, sincronizar o tempo de forma a aumentar a eficiência na relação do homem com o equipamento. Se determinado operador trabalha com diversas máquinas (como no caso da tecelagem onde, às vezes, um único operador é encarregado do funcionamento de mais de vinte teares automáticos) o aparecimento de tempos de espera simultâneos é inevitável, sendo necessário um estudo probabilístico para estabelecer o ponto ótimo em que o custo total seja mínimo. Determina-se desta forma o número máximo de máquinas que pode ser atribuído a um único operador (Machline et alii, 1970).

Todas estas variáveis vêm sendo incorporadas por uma série de sis

2.1. DOENÇAS OCUPACIONAIS

O desgaste do corpo durante o processo produtivo gera patologias específicas para cada tipo de atividade ocupacional, além das diferentes modalidades de acidentes do trabalho, cujas características encontram-se também diretamente relacionadas com o tipo de trabalho executado.

Além do desgaste mecânico, provocado pela repetição contínua e prolongada dos mesmos movimentos corporais durante oito ou mais horas seguidas diárias, durante anos de trabalho, provocando artroses e reumatismos, temos ainda o processo de degeneração orgânica associado às demais doenças ocupacionais, decorrente do contato com substâncias tóxicas das mais variadas espécies.

Um indicador deste desgaste é o elevado índice de morbidade e mortalidade encontrado na população trabalhadora. Costa (1971), com base em dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), analisou o efeito da mortalidade sobre a vida economicamente ativa dos trabalhadores na faixa de 15 a 54 anos, constatando que 45% das saídas da força de trabalho no Brasil resultam da mortalidade (57% no sexo masculino e 37% no sexo feminino).

Os manuais de Medicina do Trabalho fazem uma exaustiva análise das chamadas "doenças profissionais", de sua etiologia, de sua evolução clínica e dos métodos preventivos mais adequados. Geralmente, como vemos no Quadro I, esta descrição das doenças profissionais costuma restringir-se aos agentes tóxicos mais conhecidos, em torno de 20. Sabe-se, contudo, que anualmente cerca de 3.000 novas substâncias químicas são introduzidas na Indústria⁽¹⁾, apesar do total desconhecimento quanto aos efeitos que poderão exercer sobre os trabalhadores a elas expostas.

(1) Ver Stellman e Daum (1975).

-temas de "tempo de trabalho pré-determinado", que permitem projetar completamente o "fator humano" previamente à instalação de uma planta industrial, no âmbito do projeto global do processo de produção a ser adotado. Através destes métodos, há uma determinação prévia, da qual o trabalhador não toma conhecimento, da duração do tempo para cada operação, permitindo que os movimentos, o tempo e o custo do trabalho sejam antecipadamente calculados. São estabelecidas margens "humanas" para repouso e necessidades fisiológicas, o que permite uma projeção de todos os detalhes da fábrica e do sistema produtivo que será posto em ação. Elimina-se assim a necessidade de experimentações repetidas durante o processo de trabalho, projetando com antecedência - inclusive para atividades de escritório - as ações a serem executadas, o que permite que a programação da atividade produtiva torne-se acessível a baixo custo a quaisquer usuários e suscetível de avaliação por computadores.

O desgaste dos trabalhadores pelo sistema produtivo - nele compreendidos as doenças profissionais e os acidentes do trabalho - mantém assim uma relação inversa com os custos de produção. Nesse sentido, não incide de forma homogênea sobre a força de trabalho, estando associado ao custo de formação e treinamento do trabalhador e sua disponibilidade no mercado de trabalho. Trata-se de um desgaste calculado, como o da maquinaria, mantendo em níveis ótimos a taxa de absenteísmo e a produtividade do trabalho.

CAPÍTULO III

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DA MEDICINA.

NO BRASIL

A compreensão das relações atuais entre o Estado e as Instituições Médicas no Brasil e de como se expressam sob a forma de "políticas sociais" passa necessariamente pela discussão quanto ao papel, natureza e formas de intervenção do Estado nas sociedades capitalistas contemporâneas - e em particular nas de desenvolvimento capitalista tardio - o que transcende o âmbito deste trabalho.

É importante contudo ressaltar que está subjacente - sob a forma de pressupostos que cabe explicitar e questionar - a todo o debate que atualmente se trava sobre as "alternativas" de política de saúde e assistência médica no Brasil. A questão da "estatização" da Medicina, a proposta de fusão do Ministério da Saúde com o Ministério da Previdência e Assistência Social, as reivindicações das Secretarias Estaduais de Saúde, bem como os modelos "alternativos" de atenção primária à saúde nos municípios brasileiros, realizados com os poucos recursos que lhes sobram, constituem problemas não apenas de natureza prática, mas essencialmente teórica e política, uma vez que só podem ser avaliados a partir da compreensão das formas que assume concretamente, na articulação entre setor público e setor privado, a intervenção do Estado sobre as instituições de saúde.

A história da Medicina Institucional no Brasil pode, desde o início do século, ser analisada segundo suas duas formas de organização social: de um lado, as ações chamadas de saúde pública, como as campanhas sanitárias, destinadas em tese à população em geral e, de outro, a assistência médica individualizada, adotada tanto pelas empresas nos seus serviços médicos como pelas instituições previdenciárias, e voltada para os trabalhadores urbanos.

Temos assim três subsistemas de saúde - a saúde pública, a medicina do trabalho e a medicina previdenciária - que percorreram caminhos paralelos, respondendo a determinações distintas e constituindo-se de forma relativamente autônoma.

Uma retrospectiva histórica permite justamente mostrar como, com a evolução do capitalismo no país, estas formas de organização tendem a uma complementaridade, articulando-se e convergindo para uma subordinação crescente aos sistema previdenciário e, portanto, à lógica da produção e da privatização das ações de saúde.

No início do século, as campanhas sanitárias assumiam especial importância na economia agrário-exportadora, pelo controle dos portos e das estradas de ferro. A campanha contra a varíola, com a lei de vacinação obrigatória em 1904, contra a febre amarela e a peste bubônica, marcaram as primeiras décadas do século, demandando medidas de saúde como respostas momentâneas a estes agudos problemas. Conforme bem o mostra Rosário (1977) em sua análise do período Oswaldo Cruz, "os momentos de 'crise sanitária' ligam-se às necessidades de se combater aquelas doenças que incidem sobre a população de maneira indiferenciada, e que, objetivamente, podem provocar uma paralisação da estrutura produtiva". Tais medidas, embora de grande importância para o processo de acumulação capitalista naquele momento histórico, uma vez que preservavam as áreas produtivas do país dos sérios riscos das epidemias, não constituíam contudo, no sentido estrito do termo, uma Política Nacional de Saúde, pelo caráter ainda esporádico de suas intervenções, sempre desencadeadas de forma emergencial em situações críticas. Embora teoricamente destinados a toda a população, os programas sanitários eram, na maior parte dos casos, restritos às áreas por

-tuárias e às regiões produtivas, caracterizando-se portanto pelo seu alcance restrito e pela concentração de suas ações a determinados setores da população, especialmente nas zonas urbanas.

Paralelamente organizavam-se no interior das fábricas serviços médicos de empresa. Conforme investigações do Departamento Estadual do Trabalho, entre 1911 e 1919, das trinta fábricas pesquisadas em cada um desses levantamentos em São Paulo, cerca de metade já fornecia serviços médicos aos trabalhadores, embora parte dos custos de tais serviços fossem transferidos para os próprios trabalhadores, com um desconto que correspondia a cerca de 2% dos salários. De qualquer forma, eram considerados "arranjos necessários à manutenção do processo de trabalho, análogos à lubrificação da maquinaria ou à substituição das peças gastas" (1). A oferta de serviços médicos pelas próprias empresas se expandiu, assim, nas primeiras décadas do século. Mesmo após a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões, em 1923, com a Lei Elói Chaves - que, como veremos adiante, colocava ao lado das medidas de seguro social a concessão de serviços médico-assistenciais e medicamentos às pessoas abrangidas - as limitações da Previdência Social neste setor propiciavam a expansão dos serviços médicos de fábrica.

Como referem Bedrikow, Junqueira e Nogueira (1967), "com o desenvolvimento da indústria no Brasil, tornaram-se mais numerosos os serviços médicos de empresa, sempre com suas características basicamente curativas. Mesmo quando o Governo Federal criou os Institutos de Previdência Social, as e normes falhas destes no setor assistencial levaram os empregadores a procurar suprir suas deficiências, proporcionando aos seus empregados a assistência médica que estes deixavam de receber das entidades governamentais."

(1) Ver Dean, W. (1971).

Ainda segundo esses autores, "os novos trabalhadores brasileiros, na sua maioria de origem rural, traziam consigo diversos problemas de saúde, oriundos do meio em que tinham vivido até então; eram frequentes os casos de verminoses, de doenças transmissíveis, de desnutrição, etc. (...) Tais fatos levaram os empregadores de maior compreensão a empregar em suas fábricas um médico, cujas funções básicas seriam de procurar melhorar as condições de saúde dos trabalhadores. Nasciam, pois, os serviços médicos de empresa, no Brasil, com uma característica essencialmente curativa; assim, o médico de fábrica, em lugar de atender os pacientes em seu próprio consultório, por uma questão de maior facilidade, transportava a sua sala de consulta para o interior da fábrica, nela continuando a executar as mesmas atividades médicas que até então vinha executando." (grifo nosso).

É interessante observar aqui a passagem do médico liberal ⁽²⁾ a médico de fábrica, que não implicava até então mudanças substanciais em sua prática clínica, que tendia a se manter como uma atividade simplesmente curativa, significando apenas uma transferência de consultório. Como veremos mais tarde, a medicina do trabalho passou desde então por profundas transformações, tanto nas relações de trabalho entre o médico e a empresa quanto no que diz respeito à sua conduta clínica, na medida em que esta passava a se ajustar cada vez mais às necessidades do sistema produtivo, assumindo um caráter cada vez mais preventivo ⁽³⁾, como veremos mais adiante, no decorrer do trabalho.

Vimos portanto que já nas primeiras décadas do século, ao nível institucional, além da medicina liberal, três subsistemas de saúde - saúde públi-

(2) Para o conceito de médico liberal, ver o item 3 deste capítulo.

(3) Preventivo no sentido em que passa a atribuir importância cada vez maior ao processo de seleção da mão-de-obra.

ca, medicina do trabalho e medicina previdenciária - corriam paralelamente . Suas articulações internas só passaram a ficar mais nítidas no final da década de 50, quando se intensifica o debate sobre a unificação da Previdência Social.

No governo Kubitschek, como bem o mostra Ribeiro (1977) "ocorre com a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) a centralização das campanhas sanitárias rotinizadas, isto é, daquelas campanhas que constituem a verdadeira razão de ser do Ministério da Saúde". Segundo a autora, as "campanhas rotinizadas" surgem como um contraste às "campanhas de emergência", constituindo aparelhos de Estado e representando a "medicina de massa" no Brasil. Na seleção de localidades para sua atuação, o DNERu sugere os seguintes elementos : "sejam pontos críticos das vias principais de transporte" e "possuam fatores evidentes de desenvolvimento econômico (facilidade de energia, transporte, fertilidade do solo, riqueza mineral, abundância de mão de obra, etc.) - entravados pela falta de condições sanitárias do meio". O DNERu, instituído pela Lei nº 2743 de 06.03.1956, absorveu os antigos Serviço Nacional de Malária, Serviço Nacional da Peste e Serviço Nacional da Febre Amarela. O Departamento surgiu com a finalidade de combater 13 endemias: ancilostomose, bócio endêmico, boubá, brucelose, doença de chagas, esquistossomose, febre amarela, hidatíose, filariose, leishmaniose, malária, peste e tracoma.

Um indício claro de que os programas de saúde pública do período tendiam crescentemente a se adequar às necessidades produtivas, como mostra Ribeiro (1977), é dado pela referência à ancilostomose em documento oficial : " Apesar do vulto dos estudos realizados sobre a epidemiologia da

ancilostomose (...) a exata importância médico-social da doença, em termos de prejuízo econômico, não é devidamente reconhecida. Tal importância pode ser avaliada com aproximação (...) a doença é capaz de repercutir em perda de capacidade de trabalho físico e mental, cuja mensuração poderia ser melhor apreciada na frequência do absenteísmo às atividades normais da comunidade".

Contudo, a política adotada nessa fase de industrialização só obtém êxito na rearticulação das atividades de saúde pública, a cargo do Ministério da Saúde, que passam a se voltar para as campanhas rotinizadas, tendendo a abandonar seu caráter estritamente emergencial. O contrário se verifica no interior do sistema previdenciário : embora o IAPI já tivesse dado início à sua política de convênios com o setor privado para prestação de as-sistência médica, as tendências à unificação que já vinham se manifestando - sem sucesso desde o fim do primeiro Governo Getúlio encontravam resistências nos interesses consolidados nos IAPs, como mostra Malloy (1976) : "A resistência à reforma da Previdência Social proveio de três fontes básicas: 1) grupos específicos de trabalhadores (especialmente bancários e servidores públicos), os principais beneficiários do sistema; 2) o crescente número de empregados pelos fundos e, 3) líderes trabalhistas e políticos que temiam a perda de suas bases de poder". A unificação da Previdência Social enfrentava assim forte resistência política para a sua efetivação, e só pode ser reali-zada após a intervenção nos IAPs em 1964, resultando finalmente em 1966 na criação do Instituto Nacional de Previdência Social - o INPS, cuja formação e estrutura será analisada no histórico do sistema previdenciário, que realizaremos a seguir.

De qualquer forma, em 1955, no "Primeiro Congresso Nacional de

Hospitais e Primeira Conferência Nacional de Diretores de Serviços de Assistência Hospitalar", realizada no Rio de Janeiro, já era grande a preocupação das empresas industriais e comerciais com a qualidade da assistência médica fornecida pelos IAPs. Em um dos temas do Congresso, Diogo Pupo Nogueira, Diretor Clínico dos Serviços Médicos da Companhia Brasileira de Linhas de Cozer da Companhia Brasileira de Eiação, reclama da ineficiência do atendimento então existente :

" Verifica-se na prática que um número elevadíssimo de dias de trabalho são perdidos exclusivamente por incapacidade do hospital geral em recuperar rapidamente o doente que teve alta. Mesmo organizações como o IAPI, por exemplo, limitam-se apenas a fornecer a devida assistência cirúrgica ao doente; uma vez resolvido o caso cirúrgico, fica o convalescente totalmente entregue à sua própria sorte, perdendo inutilmente grande soma de dias de trabalho, que poderiam ser perfeitamente economizados caso fossem devidamente reeducados".

Prossegue citando o caso de uma indústria têxtil da Capital paulista:

" A fábrica em questão tem cerca de 3.000 operários de ambos os sexos e durante o ano de 1953 necessitou afastar do trabalho um total de 1.346 operários, dos quais 166 foram afastados por motivo de acidente no trabalho ou de moléstia profissional, enquanto que os 1.270 restantes foram afastados por serem portadores de moléstias não profissionais, mas incapacitantes para o trabalho. Dos 166 operários afastados por motivo de acidente de trabalho, a totalidade - ou seja, 100% - exigiu hospitalização para seu tratamento, variando a duração dessa hospitalização desde algumas horas para os casos mais simples até várias semanas nos casos mais graves. Por outro la

do, dos 1.270 trabalhadores que precisaram ser afastados dos serviços por motivo de doença não profissional, em 242 casos foi necessário hospitalizá-los para que seus casos morbidos pudessem ser satisfatoriamente resolvidos. Da mesma forma que no caso anterior, a duração dessa hospitalização foi variável, indo desde algumas horas até algumas semanas.

Dessa forma, dos 1.436 afastamentos observados durante o ano de 1953 naquela indústria, nada menos que 408 precisaram ser internados em hospital, o que representa 28,4% do total. Se a experiência dessa fábrica for estendida à indústria em geral, teremos que 1/3 dos casos morbidos que surgem durante o trabalho necessitam de cuidados hospitalares."

No mesmo Congresso, referindo também ao problema do absenteísmo e da incapacidade do sistema médico-assistencial brasileiro de dar conta dele, o Diretor do Departamento Médico da Esso Standard do Brasil Ind., Dr. Fernando Diaz, critica a atitude "paternalística" do médico em nosso país :

"Temos que admitir que, especialmente no Brasil, são poucos os médicos, mesmo aqueles que trabalham na indústria, que se dão conta da perda que representa para a economia nacional a generosidade característica do médico espiritualmente preparado e de formação humana suscetível a uma medicina mais caritativa e paternalística do que realística, estritamente profissional. Para dar uma idéia concreta do que representa em números o absenteísmo por doença, permitam-me citar o trabalho anterior, de 1950: Em vinte milhões de assalariados no Brasil, dando-se a média anual de 12 dias de absenteísmo por doença por pessoa, significa esta perda o equivalente a 200 milhões de dias, ou seja, em valor de salário, cerca de dez bilhões de cruzeiros que, adicionados a despesas sociais de toda a sorte, elevou essa

parcela a aproximadamente doze bilhões, ou seja 12% da renda do País em 1950'.

As sérias limitações da assistência médica oferecida pelos IAPs, que acabavam agravando o já agudo problema do absenteísmo - decorrente das precárias condições de saúde do trabalhador brasileiro - foram assim a tônica do Congresso. Os conferencistas reivindicavam maior participação estatal na modernização dos Institutos de Previdência Social, adequando-os às necessidades da nova etapa da industrialização brasileira que então se inaugurava, reintegrando mais rapidamente os trabalhadores ao sistema produtivo.

Tais exigências tiveram evidentes repercussões sobre o sistema previdenciário, intensificando o debate que culminou com a Lei Orgânica em 1960. Contudo, o seu ajuste ao sistema produtivo só pode se concretizar efetivamente após 1964, com a intervenção nos IAPs, retirando a participação dos representantes dos trabalhadores nos colegiados e culminando em 1967 com a unificação do INPS.

Desde então, medicina do trabalho, medicina previdenciária e saúde pública, articulando-se face às exigências da produção, convergem e subordinam-se progressivamente à Previdência Social. que, liberta das "amaras" do clientelismo e das pressões políticas, passa a conduzir na prática a Política Nacional de "Saúde" do país.

Privilegiando o estudo da Previdência Social na análise da atual "política de saúde", tomaremos como ponto de partida um retrospecto histórico do sistema previdenciário desde os seus primórdios até a unificação do INPS, em 1967. Isto permitirá analisar, de um lado, a expansão da medicina no interior do sistema previdenciário, através da ampliação dos gastos com assistência médica, e de outro as transformações que a intervenção do Es

tado operou sobre a própria natureza do trabalho médico, pela sua subordinação crescente à Previdência, transformando a medicina em medicina de massa e o médico em assalariado.

A Previdência Social no Brasil: da Lei Elói Chaves à Unificação do INPS

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

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

Tal entendimento deve ser buscado na explicitação da lógica que permeia a tendência histórica de formação de um sistema único de âmbito nacional, que se amplia no sentido de atender com os "mesmos" direitos a "quase totalidade" da população brasileira, segundo uma política de "bem-estar social", em evidente contradição com um padrão de desenvolvimento econômico e social excludente.

Revendo os primórdios da Previdência Social, que teve sua origem na Alemanha de Bismarck em 1881, quando este passa a implantar uma legislação de seguros sociais que se disseminaria depois por toda a Europa, fica claro que a política bismarckiana surge como uma resposta às tensões sociais e ao perigo crescente representado pela social-democracia alemã à estabilidade do Império. Emergindo assim em um conturbado período na história da Alemanha, a Previdência Social surge desde o início como instrumento de neutralização das tensões políticas no período.

Um retorno às origens históricas do sistema no Brasil mostra, da mes

-ma forma, como bem descreve Malloy (1976), que, longe de constituir no início uma plataforma de reivindicações sindicais, o modelo previdenciário brasileiro surgiu como um projeto da própria classe empresarial, interessada em garantir condições mínimas de estabilidade aos seus trabalhadores, contendo desta forma conflitos e tensões que ameaçavam despontar então no seio da classe operária e que tiveram seu ponto máximo com as greves de 1917 e 1919.

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

O projeto deve ser assim entendido no contexto das lutas trabalhistas das primeiras décadas do século, que atingiram seu apogeu em 1917-1919, e que colocaram pela primeira vez na cena política a chamada "questão social". Como bem ressalta Boris Fausto (1977), "nem os industriais, nem o Estado, nem outros grupos da sociedade podem ignorá-la como tinham feito em larga medida até então. No nível da retórica ou das atitudes, encontra-se

presente a preocupação com um setor marginalizado que tenta converter-se em força social. Duas grandes linhas se desenham, em meio às muitas variações: de um lado, tratar o problema operário como pura e simples subversão da ordem a ser enfrentada com medidas repressivas; de outro, buscar legitimá-lo, integrando os trabalhadores até certo ponto ao sistema vigente, através da outorga de um conjunto de direitos."

Elói Chaves, Secretário de Justiça, teve importante papel como mediador durante a greve de 1917, estabelecendo freqüentes contatos com os empresários, à medida que o movimento se estendia, levando-os a conceder as reivindicações salariais. Ainda segundo Boris Fausto, "a prática estatal revela a alteração da perspectiva. A princípio, as autoridades intervêm com certa cautela, procurando impedir o alastramento da greve e aparecer junto aos operários como mediadoras desinteressadas do conflito. Quando o movimento se estende, a expressão dos interesses gerais da classe dominante se encarna tanto nos esforços para quebrar a intransigência cega de alguns industriais, como na repressão aberta."

Constituiu-se em 11/6/17 um Comitê de Defesa Proletária, integrado por líderes sindicais e de associações populares, com o objetivo de unificar os trabalhadores em torno de um programa, abrangendo reivindicações conjuntas da classe operária e das classes populares. Reivindicava para a classe operária: aumentos salariais; proibição do trabalho de menores de 14 anos; abolição do trabalho noturno de mulheres e menores de 18 anos; garantia de trabalho permanente; jornada de 8 horas, com acréscimo de 50% nas horas extras e "semana inglesa"; respeito ao direito de associação; libertação dos grevistas presos; permanência no emprego dos participantes de greve. No que diz respeito às reivindicações das classes populares, visavam baixar os preços dos

gêneros de primeira necessidade com a requisição pelo Estado destes gêneros; impedir a falsificação e adulteração de produtos alimentares, além da redução de 50% nos aluguéis.

As reivindicações por condições mínimas de sobrevivência e liberdade constituiu uma conquista duradoura. O poder aquisitivo progressivamente se deteriorava, pela rápida elevação do custo de vida. Por outro lado, uma vez terminada a mobilização, o governo passou a investir contra os sindicatos, que intensificaram suas atividades a partir da greve, especialmente entre os ferroviários de São Paulo Railway. As investidas governamentais culminaram em setembro de 1917 com forte repressão sobre as lideranças operárias, com a invasão de "A Plebe", jornal fundado naquele ano, e a prisão de Edgar Leuenroth, secretário do Comitê de Defesa Proletária.

Assim, segundo Malloy, a Lei Elói Chaves deve ser interpretada como uma tentativa, por parte dos setores da elite no poder, de esvaziar a agitação operária mediante um enfoque reformista da "questão social", tema de interesse público crescente agitado por uma classe operária cada vez mais agressiva e em processo de crescente organização.

Considera, por outro lado - recorrendo a fontes secundárias e admitindo a insuficiência de provas - que, embora fatores externos, como o Tratado de Versailles e as tendências gerais relativas à previdência social na Europa e, mais diretamente, a legislação social na Argentina, tenham sido importantes, estes não podem ser considerados mais importantes que os fatores internos, uma vez que as três primeiras décadas deste século caracterizaram-se pela tensão e pelo conflito político no Brasil.

Com relação à questão do caráter espontaneísta da greve de 1917, pelo restrito significado dos sindicatos e pela formação do Comitê de Defesa Pro-

-letária no curso do movimento, expressando lideranças anarquistas e em menor escala socialistas, Boris Fausto afirma que "a espontaneidade pura só existe nos livros de contos de fadas acerca do movimento operário e não em sua verdadeira história".

Organizada ou fragmentada o fato é que agitação operária dos anos 20 despertou a atenção dos diferentes setores para a "questão social", e é nesse contexto que o surgimento da Lei Elói Chaves deve ser compreendido.

Em seu trabalho "Efeitos Sociais da Primeira Industrialização no Brasil", Barros Leonardi (1974) apresenta uma rica descrição das condições de vida da classe operária no período, sintetizando relatos de diferentes fontes. Mostra que nas duas primeiras décadas do século, trabalhava-se ainda em média, em São Paulo, cerca de sessenta horas por semana, com um salário de 4\$000 por dia (4). Não havia contrato de trabalho. Os operários eram admitidos e despedidos verbalmente, sem aviso prévio e sem nenhum tipo de indenização. Em caso de atraso de pagamento o operário não tinha nenhum recurso judiciário contra seu patrão. Não havia férias ou descanso semanal remunerado, nem direito a licença remunerada para tratamento de saúde.

Em decorrência dessa política de baixos salários, observava-se a presença, em massa, de mulheres e crianças nas fábricas, trabalhando doze, treze, catorze horas por dia. As mulheres representavam 33% da força de trabalho e os menores de 18 anos eram, provavelmente, a metade do número total de operários na indústria: entre eles, 8% eram menores de catorze anos.

(4) Segundo Warren Dean (1971), "quatro mil-réis mal davam para comprar meio quilo de arroz, de macarrão, de banha, de açúcar e de café". Prossegue observando que "não admira que famílias inteiras fossem trabalhar, muito embora às mulheres e crianças se pagasse menos por tarefas equivalentes". O salário mínimo só foi fixado por lei a partir de 1940, com o decreto-lei nº 2162.

As mulheres grávidas não tinham direito particular e trabalhavam até a véspera de dar à luz. Os salários pagos às mulheres e aos menores eram inferiores aos dos homens.

No interior das fábricas a disciplina era rigorosa, não só quanto aos horários e cadências: erros insignificantes acarretavam multas, que eram tão frequentes que certos operários perdiam quase um terço de seus salários. Além disso havia castigos corporais para os meninos e aprendizes.

O jornal "O Estado de São Paulo" publicou a seguinte reportagem, em 5/12/17 (5).

"Por ocasião do recente movimento grevista, uma das reclamações mais insistentes dos operários era contra a exploração dos menores nas fábricas. Aliás, não faziam mais do que exigir o cumprimento de leis existentes. Entretanto os industriais à exceção da firma X - que conta com a inimizade de um inspetor sanitário - , continuam a empregar menores em trabalhos impróprios. Entre eles, podemos citar nominalmente o senhor Y, por que assistimos ontem à entrada de cerca de sessenta pequenos às 19 horas, na sua fábrica da Mocca. Essas crianças, entrando àquela hora, saem às 6 da manhã. Trabalham, pois, onze horas a fio, em serviço noturno, apenas com um descanso de 20 minutos à meia-noite! O pior é que elas se queixam de que são espancadas pelo mestre de fição. Muitas nos mostraram equimoses nos braços e nas costas. Algumas apresentam mesmo ferimentos produzidos com uma manivela. Uma há com as orelhas feridas por continuados e violentos puxões. Trata-se de crianças de 12, 13 e 14 anos."

Como relata Warren Dean (1971):

"As condições de trabalho eram duríssimas; muitas estruturas que abrigavam as máquinas não haviam sido originalmente destinadas a essa fina

(5) Citado por Aziz Simão (1966).

-lidade; além de mal iluminadas e mal ventiladas, não dispunham de instalações sanitárias. As máquinas se amontoavam ao lado umas das outras e suas correias e engrenagens giravam sem proteção alguma. Os acidentes se amontoavam porque os trabalhadores cansados, que trabalhavam às vezes além do horário, sem aumento de salário, ou trabalhavam aos domingos, eram multados por indolência ou pelos erros cometidos, se fossem adultos, ou surrados, se fossem crianças. Em 1917, uma pessoa que visitou uma fábrica na Mooca, na capital, ouviu operários de doze e treze anos de idade, da turma da noite, que se queixavam de ser frequentemente espancados e mostraram, como prova do que diziam, as equimoses e ferimentos que traziam. As fotografias ocasionais do revezamento de turmas numa ou noutra fábrica nos exibem uma horda de espectros descarnados e andrajosos, apinhados à saída, precedidos de crianças descalças e raquíticas, com os rostos inexpressivos voltados para a câmara ou para o chão."

Evaristo de Moraes (1905) relata o caso de uma operária de seis anos mutilada por um acidente de trabalho. Nas indústrias Matarazzo, alguns fiscais e inspetores encontraram máquinas de pequeno porte feitas especialmente para o trabalho dos meninos operários.

Tratando dos acidentes do trabalho, o Boletim do Departamento Estadual do Trabalho (1913)⁽⁶⁾ denuncia:

"Das 6 vítimas de menos de 10 anos que aparecem no mapa de 1912, 1 era servente de pedreiro, outro vendedor de jornais, outro empregado e 3 eram operários." (p.7). E mais adiante se lê: "A estatística da Seção de Informações

(6) Boletim do Dep. Est. do Trabalho, Ano II, número 6, 1º trimestre de 1913, p-29. Citações extraídas de Beiguelman (1977).

acusa grande número de serventes de pedreiros de 13,12 e 11 anos que caem de andaimes ou são vítimas de outros desastres nas construções."

Com relação à presença de menores em serviços insalubres, o mesmo Boletim mostra que, embora o art.11 do Decreto 1.313 de 1891 proibisse o trabalho de menores "em quaisquer manipulações diretas sobre o fumo", encontrou-se grande número de menores nas fábricas de cigarros, "devido à escassez do salário na indústria do fumo". Observa o Boletim que "em São Paulo é quase privativa de menores uma ocupação que já no terceiro ano da República lhes era formalmente defesa."

Em número subsequente do Boletim (1914) o relator comentava que, embora o artigo 173 do Regulamento Sanitário proibisse o trabalho de menores de 10 a 12 anos, a não ser em serviços leves, a estatística registrava desastres com operários de 12 anos ou menores, "ocupados em serviços que não podem ser leves".

Não havia até então (7) qualquer dispositivo legal que obrigasse o patrão a amparar seus empregados em caso de doença, mesmo em se tratando de acidentes do trabalho ou de doença profissional. Como observa Albertino Rodrigues (1968), quando o operário era obrigado a faltar do serviço, "se cuidava por conta própria ou buscava tratamento nas Santas Casas de Misericórdia". Contudo, muitas vezes, nem mesmo o acesso à Santa Casa era possível, como mostra o jornal gaúcho Eco Operário (1898) (8) em artigo onde comenta que em caso de doença só restava ao trabalhador o asilo de mendigos, pois para ser admitido na Santa Casa de Misericórdia era preci

(7) Em 1919 passou a vigorar a lei que assegurava o pagamento de indenizações aos acidentados do trabalho em todo o território nacional.

(8) Citado por Barros Leonardi (1974).

-so apresentação de algum político local.

Warren Dean(1971) observa que mesmo nos raros casos de industriais dotados de uma "consciência social excepcionalmente bem desenvolvida", os benefícios oferecidos aos operários (casa, creche, escola primária) eram a acompanhados, em geral de uma política salarial restritiva. Jorge Street, por exemplo, diretor da fábrica Maria Zélia de São Paulo, proporcionava benefícios a seus empregados, não a título de caridade, mas em lugar de salários elevados "que seriam torrados em coisas inúteis" (declarações a uma delegação inglesa visitante). Nas casas por ele oferecidas aos operários devia-se obedecer ao "toque de recolher" às 9 horas e se abster de bebidas fortes.

Inquéritos realizados pelo Departamento Estadual do Trabalho entre 1911 e 1919 revelam que nas poucas fábricas em que os trabalhadores eram alojados pelos patrões, os aluguéis correspondiam a cerca de metade do salário do operário médio.

As relações eram de tipo paternalista, e os benefícios reservados aos que tivessem um "bom comportamento". A Companhia Nacional de Estamparia de Sorocaba, por exemplo informou a seus colegas empresários, membros do Centro dos Industriais de Fiação e Tecelagem de São Paulo(CIFISP), que os benefícios que oferecia aos operários eram negados aos que participassem "direta ou indiretamente" de uma greve.

Azis Simão (1966) registrou no período a organização de setenta e um sindicatos em São Paulo, por volta de 1914, e de mais setenta e um por volta de 1923, o que expressa a grande intensidade que assumiu o movimento trabalhista nas primeiras décadas do século, e registrou ainda um total de 119 greves em São Paulo, mencionadas pela imprensa, além dos dois movimen

-tos generalizados em 1906 e 1912, culminando com as greves gerais de 1917 e 1919.

*

Os primeiros embriões de partidos operários tiveram como fundamento as diferentes formas e meios de organização do proletariado para a defesa de seus interesses. De início tinha mais a ver com a luta pela sobrevivência do que com uma consciência política propriamente dita. Desta forma começaram a aparecer, desde a primeira metade do século XIX, as primeiras associações mutuárias.

Ao contrário das caixas beneficentes, criadas pelos próprios empregadores, o mutualismo foi a forma mais elementar de organização operária, apesar de se fixar, no início, objetivos puramente assistenciais: serviços médico-farmacêuticos, auxílio em caso de enfermidade, invalidez, velhice e funerais.

Estas formas embrionárias de defesa traduzem já um primeiro movimento operário de solidariedade efetiva. Alguns anos mais tarde, algumas delas começam a ultrapassar seu simples papel assistencial, ao reivindicar melhores condições de vida e de trabalho para seus associados. Dezenas de associações desse tipo são criadas durante o século XIX e início do século XX em todo o território nacional. Uma das primeiras fundadas em São Paulo foi a Liga Operária de Socorros Mútuos. Entre 1872 e 1900, aproximadamente dezenove mutuais foram criadas nesta capital, e muitas outras no interior deste Estado.

A passagem do mutualismo à Lei Elói Chaves, instituindo as Caixas

de Aposentadoria e Pensões deve ser entendida no contexto da intervenção do Estado na ordenação das relações entre capital e trabalho. Como bem a nalisa Werneck Vianna. (1976), a intervenção estatal opõe ao liberalismo fordista dos empresários e ao anarquismo dos proletários, o corporativismo, com um conjunto de leis trabalhistas no sentido de conter as tensões que haviam trazido para o seio da sociedade a chamada "questão social".

Previdência Social e Corporativismo devem ser entendidos no movimento de cooptação e neutralização da classe trabalhadora e de suas lutas políticas, pela burguesia, através do Estado, que pela sua aparente neutralidade, se impõe como interlocutor válido.

Absorvendo as organizações mutualistas espontâneas criadas pelos próprios operários, o Estado passa a estabelecer - através da Lei Elói Chaves - mecanismos de contribuição compulsória, garantindo para si o controle dos recursos das caixas mutuárias e ao mesmo tempo procurando esvaziar o potencial revolucionário das reivindicações trabalhistas. Um bom exemplo, que ilustra esta tendência, é o discurso pronunciado pelo próprio Elói Chaves, por ocasião da apresentação de sua lei ao legislativo:

"Gostaria de reiterar o que já afirmei acima: as atitudes básicas, concepções e princípios de organização, que irão modelar a estrutura posterior da Previdência Social no Brasil, foram definidas antes da década de 1930 e serão elas que induzirão a um sistema paternalista, no qual a classe operária será considerado como cliente passivo."

A Lei Elói Chaves, contudo, era limitada em seu alcance, pois concedia apenas proteção aos empregados das companhias da via férrea, prioridade que pode ser explicada por sua importância estratégica numa economia

agro-exportadora. O sistema ampliou-se progressivamente, estendendo-se dos setores mais reivindicativos para os menos atuantes da classe operária, como bem o mostra Malloy (1976). Em 1926, a proteção foi estendida aos portuários e marítimos, embora só implementada para os portuários, e mais tarde, em 1928, aos trabalhadores das companhias telegráficas e radiotelegráficas. Ainda em 1926, o Governo criou, para seus funcionários, o Instituto de Previdência dos Funcionários Públicos Civis da União, que foi o primeiro dos Institutos de Previdência e em 1938 teve o seu nome mudado para Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado. Em 1930 o sistema já abrangia 47 Caixas, com 142.464 segurados ativos, 8.006 aposentados e 7.013 pensionistas⁽⁹⁾.

Estes programas iniciais baseavam-se em fundos específicos (Caixas de Aposentadoria e Pensões, CAPs) criados em empresas cujos trabalhadores eram abrangidos pela Lei. Tratando-se de um sistema por empresa, restrito ao âmbito das grandes empresas privadas e públicas, as CAPs possuíam administração própria para os seus fundos, formada por um conselho composto de representantes dos empregados e empregadores. Caracterizavam-se por mecanismo de contribuição tríplice (em partes iguais, pelos empregados, empregadores e União) obrigatoriamente instituído pela Constituição Federal de 1934 embora a rigor. A contribuição da União, embora prevista em 1923 na Lei Elói Chaves, era até então restrita à participação no custeio dos usuários das estradas de ferro, mediante um aumento das tarifas. Com a expansão progressiva do sistema, tornou-se necessária a extensão do ônus à toda a sociedade, constituindo-se efetivamente, em 1934, em contribuição da

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

União.

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

As CAPs, embora sob supervisão estatal, constituíram-se administrativamente como entidades públicas autônomas. O regime de representação direta das partes interessadas, com a participação de representantes dos empregados e empregadores permaneceu até a criação do INPS, com poucas alterações ao longo do tempo.

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

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

A revolução de 1930 trouxe Getúlio Vargas à Presidência do Brasil por um período de quinze anos, levando a uma reordenação nas relações entre o Estado e a Sociedade, com profundas repercussões na política trabalhista, incluindo-se aqui a previdência social.

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

A política de Vargas, pela sua natureza corporativista, voltava-se para o controle do movimento trabalhista, recrutando os operários como elemento de apoio passivo do regime. A declaração de Vargas no Governo Provisório é esclarecedora nesse sentido:

"A organização sindical, a lei de férias, a limitação das horas de trabalho, o salário mínimo, as comissões de conciliação, as caixas de pensões, o seguro social, as leis de proteção às mulheres e aos menores realizam velhas aspirações proletárias de solução inevitável.(...) Não há nessa atitude nenhum indício de hostilidade ao capital que, ao contrário, precisa ser atraído, amparado e garantido pelo poder público. Mas o melhor meio de garanti-lo está, justamente, em transformar o proletariado numa força orgânica de cooperação com o Estado e não o deixar, pelo abandono da lei, entregue à ação dissolvente de elementos perturbadores, destituídos do sentimento de pátria e família." (10)

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

Assim, a partir de 1931, as associações profissionais começavam a ser instituições ligadas ao Estado. Lindolfo Collor, na condição de Ministro do Trabalho, durante a exposição de motivos que acompanhava o decreto nº 19.770 - em que o Estado passava a estabelecer as condições de organização das entidades sindicais, normatizando-as - declarava explicitamente que um dos objetivos da Revolução de 1930 tinha sido o de "incorporar o sindicalismo no Estado e nas leis da República". Além disto, o Estado passa a outorgar-se, através do Departamento Nacional do Trabalho, a prerrogativa de fechamento dos sindicatos, federações e confederações de trabalhadores por um período de seis meses, destituindo suas diretorias ou até mesmo dissolvendo-os completamente.

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

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

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

Das CAPs aos IAPs

Havia, no entanto, uma limitação no sistema, pois até 1932 eram beneficiados somente os empregados de grandes empresas, à base

de uma Caixa por empresa. Percebia-se, no entanto, que o regime de uma Caixa para cada empresa resultava muitas vezes em unidades de tamanho insuficiente para operar em modelo securitário, o que dificultava a cobertura e extensão dos benefícios sociais aos trabalhadores de pequenas empresas. Com a expansão das Caixas de Aposentadorias e Pensões, a estrutura financeira do sistema revelou-se precária, uma vez que a maioria delas mobilizava recursos insuficientes - pelo número reduzido de segurados - para responder às pressões dos crescentes encargos e a cobertura dos riscos de seguro social.

O governo optou assim por uma reestruturação do sistema, incorporando o maior número de segurados em torno de instituições previdenciárias agora em âmbito nacional.

A base para a criação dos Instituto de Previdência passou a ser a atividade das empresas, o que fez com que um mesmo Instituto desse cobertura aos empregados de todas as empresas que operassem no mesmo ramo de atividade em todo o país.

Uma observação importante do ponto de vista do controle político do Estado sobre o sistema é que, ao contrário das CAPs, que eram sociedades civis e, portanto, juridicamente autônomas, os IAPs foram constituídos como autarquias, viabilizando uma maior subordinação de seus recursos ao Estado.

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

-sas bancárias, respectivamente.

Ainda em 1934, foram fundadas para os trabalhadores em carga e descarga e para os estivadores portuários as Caixas de Aposentadoria e Pensões dos Trabalhadores em Trapiches e Armazéns de Café, e dos Operários Estivadores, impropriamente chamadas de Caixas, uma vez que eram unidades de âmbito nacional. Tais Caixas passaram, em 1938, a ter as denominações de Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas (IAPETC), incluindo também, os condutores de veículos e os empregados em empresas de petróleo, e de Instituto de Aposentadoria e Pensão da Estiva (IAPE), que, em 1945, foi incorporado ao IAPETC.

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

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

Expandindo-se a partir da cobertura dos empregados do setor privado, o sistema previdenciário respondia às necessidades de uma economia orientada para a exportação de produtos primários, voltando-se para a cobertura daqueles empregados em atividades infra-estruturais; cobriu a seguir o setor bancário, o comércio, e finalmente, em 1938, os trabalhadores industriais, que pertenciam ao setor econômico mais frágil e que, mais dispersos e mal organizados, foram os últimos a receber a proteção.

A partir de 1930, a formulação e implantação dos programas previ -

-denciários concentrou-se nas mãos do Ministério do Trabalho que decidia quando e como conferir o direito reconhecido, o que dependia das fortes pressões de grupos específicos e do poder de barganha direta de tais grupos junto àquele Ministério. Quando a proteção era concedida, cada grupo recebia não somente seu próprio Instituto mas também sua lei específica de previdência.

Melloy chama atenção para as implicações desta abordagem "altamente particularista" por parte do governo: além de constituir um conjunto confuso de leis e normas de operação e uma variedade de padrões diferentes de proteção, encorajava uma competição inter-categorias profissionais, dividindo os trabalhadores e minando desta forma qualquer base de solidariedade de classe.

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

Em todos os casos, o presidente da instituição era nomeado pelo Presidente da República e, além de um presidente, cada instituto possuía algum tipo de órgão administrativo colegiado, formado de igual representação de organizações de empregados e empregadores, estando em todos os casos a estrutura sindical vinculada diretamente às instituições de previdência social, o que veio a favorecer o clientelismo pelo controle de verbas e empregos, constituindo a base de toda a política populista no período.

Como bem observa Leônicio Martins Rodrigues (1966), em sua análise da política trabalhista no período, "no caso brasileiro, para que se possa compreender toda a significação da intervenção do Estado na 'questão

operária', faz-se mister atentar para o fato de que o poder executivo, no período do Estado Novo, não se limitou a estabelecer os limites 'toleráveis' das reivindicações e participação do proletariado e de suas associações profissionais, mas chamou a si a própria organização dos sindicatos." (grifo do autor).

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

O Processo de Unificação dos Institutos

O processo de unificação - fruto de um longo debate legislativo que culminou com a Lei Orgânica em 1960 e que se efetivou com o INPS em 1967 - visava a constituição de um plano único de custeio e benefícios, submetendo os IAPs a uma orientação administrativa comum.

Cada Instituto, por ser regido por uma legislação específica, fixava normas próprias e geralmente diversas dos demais, o que levava a uma grande heterogeneidade nas listas dos benefícios concedidos e nas taxas de contribuição cobradas aos segurados (que variavam de 3 a 8% do valor do salário). A necessidade de uniformização administrativa visava uma maximização dos recursos disponíveis, submetendo o patrimônio dos diferentes Institutos a uma mesma racionalidade, estendendo desta forma o seu alcance.

Já no início da década de 40 foram realizados estudos e propostas para uniformizar os benefícios (Plano do Conselho Atuarial do Ministério do Trabalho, de 1941) e para unificar os organismos existentes, ampliando ao

mesmo tempo sua base. Destes esforços, resultou primeiro um projeto de "Lei Orgânica da Previdência Social" (1943) e depois o Decreto lei nº. 7.526, de 7 de maio de 1945, promulgando a "Lei Orgânica dos Serviços Sociais do Brasil" e criando o "Instituto de Serviços Sociais do Brasil" (ISSB), que não chegou a ser instalado. O ISSB representava assim a possibilidade de consolidação de várias tentativas anteriores, que visavam, principalmente a uniformização das taxas de contribuição e dos planos de benefícios, culminando em 1945 com a de fundir as instituições existentes em um órgão de administração única e controle centralizado, absorvendo todas as instituições de previdência social e realizando os seguros sociais de toda a população ativa do país. Instituiria ainda um limite mínimo para contribuições e benefícios da previdência social. O ISSB não chegou contudo a funcionar pois o governo em 1946 decidiu tornar sem aplicação o crédito aberto para sua instalação. A lei tratava, entre outras coisas, da futura extensão do seguro social à população rural, ainda abandonada a seus próprios e insuficientes recursos, e o maior obstáculo à sua incorporação continua sendo, ainda hoje, segundo os documentos oficiais da Previdência, a fraca capacidade contributiva do trabalhador rural, (11) exigindo substancial subvenção do governo central.

(11) Em seu depoimento à Comissão Parlamentar de Inquérito sobre Previdência Social realizado em 1968 em Brasília e na Guanabara, dizia o Presidente do INPS: "Como os nobres deputados sabem, os trabalhadores rurais são cerca de 20 milhões. Os trabalhadores urbanos, contribuintes dos Institutos, atualmente, são 6 milhões. Se se dessem os benefícios em dinheiro, que o INPS concede atualmente aos seus segurados urbanos, esses 22 milhões curariam 15 dias! E no entanto foram arrecadados em 3 anos! De maneira que havia uma impossibilidade material de cumprir aquele programa traçado na lei de conceder todos os benefícios ao trabalhador rural, porque os recursos eram insuficientes".

No entanto, da mesma forma que as tentativas ensaiadas até então, a idéia do ISSB não encontrou a receptividade desejada e foi relegada ao esquecimento. Com a instalação do Congresso Nacional, inúmeros projetos de lei e substitutivos relativos à Previdência Social passaram a ser apresentados. Um grande número de planos e projetos, em curso na Câmara dos Deputados, foi reunido e reestudado pelo então Deputado Aluísio Alves que, em 1947, apresentou, em substituição, ao Congresso, o Projeto da Lei Orgânica da Previdência Social, que permaneceria em tramitação longa e tumultuada naquela casa até 1960.

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

Enquanto não se uniformizava a legislação previdenciária, foi criado o serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência - SAMDU - mantido por todos os Institutos e Caixas (1949) e realizada a aglutinação das 24 Caixas remanescentes em uma única, de âmbito nacional, a Caixa de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (CAFESP) que, em 1960, transformou-se em Instituto, usando a sigla IAPFESP.

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

A Lei Orgânica da Previdência Social

O processo de unificação dos IAPs, que como vimos, já vinha se manifestando desde 1941, com o Plano do Conselho Atuarial do Ministério do Tra-

-balho, passando pelo primeiro projeto da Lei Orgânica da Previdência Social (1943) e pela criação ainda no primeiro governo Vargas do ISSS, (1945) (que não chegou a ser implantado) sofreu em todo este período grandes resistências, pelas radicais transformações que implicava. Após longa tramitação, a Lei Orgânica de Previdência Social só foi finalmente sancionada em 1960, acompanhada de intenso debate político a nível legislativo em que os representantes das classes trabalhadoras se recusavam à unificação, uma vez que isto representava o abandono de muitos direitos conquistados, além de se constituírem os IAPs em importantes feudos políticos e eleitorais.

A partir de 1956, o Executivo e o Congresso retomaram o estudo da uniformização das estruturas, das contribuições e dos benefícios da previdência social. Aproveitando parcialmente o projeto do Deputado Aluísio Alves (1947), bastante modificado a partir de sucessivas emendas e substitutivos, foi finalmente aprovada em 1960 a Lei nº 3.807, denominada Lei Orgânica da Previdência Social, que veio a estabelecer a unificação do Regime Geral da Previdência Social, destinado a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da Consolidação da Leis do Trabalho (CLT), excluídos os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e, naturalmente, os servidores civis e militares da União, dos Estados, Municípios e Territórios, bem como os das respectivas autarquias, que estivessem sujeitos a regimes próprios de previdência.

Os trabalhadores rurais só viriam a ser incorporados ao sistema 3 anos mais tarde, quando foi promulgada a Lei 4.214 de 2/3/63 que instituiu o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL). Neste mesmo ano, baixada a resolução nº 1.500 de 27 de dezembro, o FUNRURAL foi entregue à gestão do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários. Modificada

posteriormente a legislação pelo Decreto-lei nº 276, de 28/2/1967, as prestações do FUNRURAL foram limitadas à concessão exclusiva de assistência médica e social.

A Lei Orgânica estabelecia que o custeio da previdência, que anteriormente oscilava para os Institutos de 3 a 8% do valor do salário, deveria ser fixado em 8% do salário de contribuição do segurado, não excedendo a cinco vezes o valor do maior salário mínimo; para as empresas, em quantidade igual à devida pelos segurados a seu serviço; para a União, modificou as condições de contribuição que vigoravam até então. Concebido originalmente como de contribuição triplíce, o sistema previdenciário brasileiro deveria contar em sua receita com contribuições iguais dos empregados, dos empregadores e da União. Para esta contribuição, a União contaria com os recursos provenientes de taxas especiais, cobradas sobre diferentes serviços (telefone, eletricidade e gás, entre outros). Como, no entanto, na prática acabava ocorrendo que a União nunca contribuía com a parcela que lhe cabia, a LOPS acabou restringindo a obrigação do Governo Federal às despesas de pagamento de pessoal e de administração geral da previdência, bem como à cobertura de eventuais déficits orçamentários do sistema. Contudo, nem mesmo esta alternativa foi cumprida pelo Governo Federal, o que evidentemente comprometeu seriamente a estabilidade financeira do sistema.

A contribuição da União, como mostra a Tabela LXXXVIII, nunca chegou em todo o período 1960-1972 a totalizar mais que 85% dos custos que supostamente deveria cobrir.

Por volta de 1963, a Previdência Social no Brasil arrecadava anualmente pouco mais de trezentos bilhões de cruzeiros. Sua despesa atingiria na época, se fossem realmente pagos os compromissos que seria preciso pa-

TABELA LXXXVIII

GASTOS COM PESSOAL E ADMINISTRATIVOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL-
 -CIAL BRASILEIRA" (*) E CONTRIBUIÇÕES DO GOVERNO, 1960-72
 (R\$ milhões a preços de 1965-67)

Anos	Despesas com Pessoal e Administrativas (1)	Impostos Vinculados (2)	2/1 (%)
1960	113,2	87,0	76,9
1961	135,6	112,7	83,1
1962	166,3	132,4	79,6
1963	176,4	122,4	69,4
1964	182,2	123,8	68,0
1965	245,4	159,2	64,9
1966	295,9	206,5	69,8
1967	276,6	206,5	74,7
1968	454,2	243,6	53,6
1969	393,3	281,6	71,6
1970	428,3	279,5	65,3
1971	501,1	318,0	63,5
1972	504,3	365,9	72,6

FONTES: Conjuntura Econômica, Vol. 22, nº 10 (1968), p. 86 e INPS, balanços.

(*) Excluindo o IPASE.

Extraída de Rezende da Silva, F. e Mahar, D. (1974).

-gar, cerca de quatrocentos bilhões. Os débitos parcelados e em cobrança so-
navam mais de cem bilhões. A Tabela abaixo mostra como no período entre 1950
e 1964 a despesa aumentava a um ritmo mais acelerado do que a receita.

TABELA LXXXIX
RECEITA E DESPESAS
DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
(Valores em milhões de Cr\$ correntes)
1950 e 1964

ESPECIFICAÇÕES	1950	1964	CRESCIMENTO (Nº)
<u>Receita Total</u>	<u>7.906</u>	<u>994.462</u>	<u>126</u>
<u>Despesa Total</u>	<u>4.072</u>	<u>742.627</u>	<u>185</u>
Aposentadorias	1.179	219.416	181
Pensões	456	67.229	191
Auxílios	516	110.891	215
Outras Despesas	1.921	325.091	169

FONTE: EPEA (1966).

O sistema de arrecadação, deficiente, deixava de cobrar de seus be-
neficiários uma média de oitenta bilhões de cruzeiros por ano. O débito da
União para com a Previdência Social subia a duzentos bilhões de cruzeiros.
As obrigações para com os aposentados e pensionistas em quase todos os
IAPS já não estavam sendo pagas por falta de recursos, dado o crescente a-
gravamento de sua situação financeira desde 1950, culminando com o colapso

financeiro no início da década de 60.

Esta situação contrariava a tendência até então observada nos primeiros 25 anos de funcionamento do sistema previdenciário - entre 1923 e 1947 - em que as receitas, como costuma ocorrer no começo de qualquer sistema securitário, aumentavam a uma taxa muito mais rápida do que as despesas, acumulando substanciais reservas, em torno de Cr\$ 1,8 milhão, segundo dados do Anuário Estatístico do IBGE em 1949.

As reservas previdenciárias não apresentaram qualquer crescimento real no período 1952 - 1965. Como mostram Rezende da Silva e Mahar (1974), houve somente um ano (1961) em que elas excederam o nível alcançado em 1949.

Um dos principais fatores que aceleraram esta crise foi que na situação inflacionária da década de 60, o atraso nas contribuições previdenciárias constituía uma vantagem para as empresas, uma vez que sua dívida poderia ser coberta posteriormente por um valor ainda mais baixo.

O discurso proferido pelo deputado João Alves na sessão de 25/6/74 à Câmara dos Deputados expressa bem a ideologia que passou a imperar no pós-64, atribuindo a "irracionalidade" até então existente no sistema previdenciário aos "excessos" realizados nas despesas (que realmente ocorreram no contexto favoritista do populismo), sem conferir o devido destaque à crescente dívida das empresas e da União, que comprometia (e vem comprometendo ainda hoje) seriamente o sistema pelo lado da receita:

"Lembramo-nos de uma das leis revogadas, a que obrigava o Instituto a pagar, sem restrição, aposentadorias no valor do salário recebido no último mês de trabalho. E quantos foram os beneficiados por essa desastrosa lei. Ainda hoje o INPS paga algumas aposentadorias de 22, 25, 28, 30, 32, 35 e 38 mil cruzeiros mensais. É que certos empresários poderosos, para beneficiar ami-

-go ou parente, promoviam-no a Diretor ou Gerente no penúltimo mês de trabalho, com exorbitante ordenado, e este passaria a ser pago, em forma de aposentadoria, pela instituição a que estava vinculado.

A Lei Orgânica acabou com o privilégio, embora obrigada pela Constituição a respeitar o direito adquirido. Mas essa lei, que tramitou no Congresso durante longos anos, aboliu o limite de idade e o exame médico para o ingresso do empregado na Previdência. Sem maior cautela criou ainda outras facilidades que, não fora a Revolução, levariam à falência quase todos os Institutos".

Diversos fatores contribuíram para a redução da disponibilidade líquida dos IAPs. Pelo lado da receita, temos como principais fatores a falta de recolhimento de quase totalidade das contribuições devidas pela União e pelos empregadores faltosos. Em 31 de dezembro de 1964, conforme trabalho do próprio Ministério do Planejamento (EPEA, 1966), somente a dívida da União para com os IAPs já tinha atingido um total de Cr\$ 426 bilhões, e a das empresas se elevava a mais de Cr\$ 121 bilhões, isto sem contar sua dívida para com o IAPC, que não a registrava em seus balanços, além sem computar as contribuições devidas e não recolhidas, a sonegação, etc. O trabalho mostra que "as parcelas sabidamente não recolhidas aos cofres do Instituto pelas classes patronais, apesar de acumuladas no curso de 30 anos de atividades, chamam-se expressas em valores nominais. Corrigidas monetariamente, ultrapassariam, sem dúvida, a casa do meio trilhão de cruzeiros." A maior parte da dívida das empresas para com a Previdência Social provinha das indústrias: em 1966, de Cr\$ 180 milhões devidos pelas empresas aos Institutos, 115 milhões (72%) eram devidos ao IAPI.

A Lei 4.357, de 14/06/64, estabeleceu que os débitos deveriam ser su-

-jeitos à correção monetária, pretendendo assim desestimular o atraso ou simplesmente recusa de pagamentos.

TABELA XC

DÍVIDAS PARA COM OS INSTITUTOS DE
APOSENTADORIAS E PENSÕES EM 1964

(Milhões de Cr\$ correntes)

ESPECIFICAÇÃO	DÍVIDA
UNIÃO	424.913
EMPRESAS	121.174
OUTRAS (*)	7.159
TOTAL	553.246

FONTE: EPEA, Previdência Social, Diagnóstico Preliminar, 1966.

(*) Serviços Anexos e Diversos.

Ainda assim, como observa o documento do EPEA, o problema não foi sanado:

"O débito das classes patronais também não foi atacado como deveria ser, através de medidas legais coercitivas que tolhessem o seu crescimento desmesurado. Preferiram os legisladores apelar para o regime de parcelamento de débitos (...). Essa prática permitiu, outrossim, a diluição do débito em parcelas reduzidas e de expressão financeira insignificante para os órgãos previdenciários, sobretudo em decorrência da desvalorização monetária vigente, que tornavam insuficientes os juros moratórios estabelecidos".

O IAPFESP e o IAPM beneficiaram-se menos que os demais Institutos dos efeitos da correção monetária dos débitos fiscais instituídos pela Lei 4.357/64. Segundo o documento do EPEA (1966), estes Institutos ficaram prejudicados "em virtude da natureza dos empregadores e a eles filiados". Ambos encerraram o ano de 1964 com um índice de solvência dos mais precários. O primeiro, para cada 100 cruzeiros exigíveis, contava apenas com 40 cruzeiros e o segundo, com apenas 24.

O sistema previdenciário brasileiro - teoricamente concebido como de contribuição triplíce e na prática acumulando dívidas - tinha que se tornar, por sua condição extremamente deficitária quanto à receita, mais sensível a eventuais desequilíbrios no tocante à despesa. Sem entrar em maiores considerações financeiras e atuariais, isto já seria verdade para um regime de repartição simples, e é tanto mais verdade para o regime em questão, que se propunha à capitalização de reservas. Resentia-se assim evidentemente de quaisquer alterações na despesa, uma vez que a estas não correspondia a criação simultânea de novas fontes de receita. Os desequilíbrios nas despesas decorrentes de reajustamentos, majorações e abonos a aposentados e pensionistas, as vantagens outorgadas aos segurados e beneficiários bem como a elevação das despesas administrativas que deveriam ser previstas em bases atuariais, precipitaram - pelas limitações estruturais do sistema - a crise financeira.

No pós - 64, ao contrário do que sugerem os ideólogos da pre

-vidência social, o endividamento se manteve⁽¹²⁾, com a diferença que agora calculado em bases atuariais mais precisas e com a retaguarda de uma estrutura administrativa mais racionalizada⁽¹³⁾.

À medida que evoluía o sistema, a dívida crescente da União (Cr\$ 1,8 bilhão em 1971, segundo dados de Balanço do INPS) e também das empresas (Cr\$ 522 milhões em 1971, segundo a mesma fonte), bem como a diminuição progressiva das reservas existentes, fizeram com que as contribuições sobre as folhas de pagamento se transformassem na viga mestra da estrutura da receita, representando desde 1965. cerca de 80% da receita total corrente.

Como, pelas dívidas existentes, a receita da previdência tornava-se ainda mais dependente da receita de contribuição, o ônus passou a recair cada vez mais sobre o segurado, aumentando-se progressivamente as parcelas descontadas do seu salário de contribuição. Elevou-se assim, até a unificação, quatro vezes a taxa de contribuição à Previdência: primeiro de 3 a 5%, depois para 6%, mais tarde para 7% e finalmente para 8%. Isto

(12) Segundo declarações recentes do Ministro Jair Soares à Revista Veja de 3/10/79, o total da dívida das empresas, da União e demais fontes de contribuição (Estados, territórios, Prefeituras, autarquias, Sindicatos e hospitais) atingiu neste ano 100 bilhões de cruzeiros. Isto sem contar os trabalhadores que não estão inscritos por suas empresas na Previdência Social, o que - como já vimos - representa uma percentagem bastante elevada: numa amostragem realizada pela própria Previdência, numa amostragem de 6.000 empresas, 12% de seus trabalhadores não eram registrados.

(13) Em entrevista à Revista Visão de 21/3/77, o Ministro Nascimento Silva de clarava que a Previdência Social conseguira considerável racionalização administrativa: "quando foi unificada em 1967, o INPS tinha 6 milhões de segurados e 150 mil funcionários; hoje, com quase 16 milhões, tem 120 mil funcionários. E o número tende a cair ainda mais: estamos computadorizando as operações. Com novas técnicas de gestão e grande descentralização operacional, caminhamos para uma boa economicidade". (segundo dados oficiais, o custo administrativo da previdência é de 2% dos recursos movimentados). Segundo o Ministro Jair Soares, na já referida entrevista à Revista Veja, "todo o trabalho de processamento de dados, hoje, está em cinco pontos: arrecadação, simplificação da área de benefício, novo programa de contas hospitalares, novos programas de contabilidade e para administração de pessoal. Isto será feito com os 200 minicomputadores, que vão permitir o cadastro fiscal do contribuinte".

deixava patente que o regime de capitalização previsto não estava funcionando, uma vez que a longo prazo, sob condições estáveis, uma das principais vantagens do regime de capitalização até então adotado sobre o regime de repartição pura era justamente o fato de que - numa fase de maturidade do sistema - poderia acabar funcionando a uma taxa de contribuição mais baixa, o que não ocorreu, como vemos na Tabela abaixo.

TABELA XCI

ESTRUTURA DA RECEITA CORRENTE

DO SETOR PREVIDENCIÁRIO

BRASIL, ANOS SELECIONADOS

1947 - 72

(percentagens)

ANOS	RECEITAS DE CONTRIBUIÇÃO (EMPREGADOS E EMPREGADORES)	OUTRAS FONTES DE RECEITA (*)	TOTAL DA RECEITA CORRENTE
1947	68,4	31,6	100,0
1959	71,0	29,0	100,0
1960	67,3	32,7	100,0
1962	71,3	28,7	100,0
1964	77,0	23,0	100,0
1966	81,3	18,6	100,0
1968	82,2	17,8	100,0
1970	85,7	14,3	100,0
1972	78,9	21,1	100,0

FONTES: Conjuntura Econômica, Vol.24, nº 10 (1970); e balanços.

(*) inclui renda de investimento, transferências do Governo Federal e outras
Extraída de Rezende da Silva, F. e Mahar, D. (1974)

Como procurava mostrar o documento do EPEA (1966):

"A influência e a repercussão desse crescimento dispar entre os grupos de segurados ativos e inativos no fator custo é evidente. Para salientá-

-lo, basta dizer que, em 1950, para cada indivíduo aposentado havia 16 contribuintes que lhe custeavam o benefício. Em 1960, para um único aposentado havia apenas 8 segurados ativos. Em tais condições, a fim de proporcionar ao trabalhador aposentado o mesmo valor da renda mensal que lhe fora conferida no início da invalidez, impunha-se cobrar dos segurados ativos uma taxa de contribuição duas vezes mais elevada que a inicial".

Isto mostra a importância da folha de pagamento dos assalariados ativos na estrutura financeira do sistema previdenciário. Eventuais aumentos nos benefícios acabavam implicando necessariamente uma taxação maior do salário de contribuição, uma vez que o montante da dívida não assegurava as reservas necessárias à cobertura dos riscos.

Como no período 1947 - 1972 as despesas totais elevavam-se em mais de 18,5 vezes e as receitas de contribuição (empregado e empregador) subiram apenas 7,7 vezes, como vemos na Tabela XCII a crise financeira da Previdência Social não pode evidentemente ser apenas atribuída a "imprevistos" pelo lado da despesa, os quais são inerentes a qualquer sistema de seguro social.

Ainda que o problema financeiro da Previdência Social deva ser examinado principalmente pelo lado da receita, cabe analisar também os fatores que determinaram um aumento da despesa no período, a partir do fim da década de 40.

A elevação nos gastos previdenciários com benefícios, em particular, com pensões, aposentadoria e morte, pode 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. O crescimento da índice

TABELA XCII

EVOLUÇÃO FINANCEIRA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL(*)

- 1947, 1959/72 -

BRASIL

(Cr\$ 1 000 000 a preços de 1965-67)

Anos	Benefícios em Dinheiro ^(**) (1)	Assistência Médica (2)	Receita de Contribuições ^(**) (3)	Despesas Totais (4)	1	1	2	2	1 + 2
					3	4	3	4	3
					(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
1947	133,3	15,3	427,9	234,2	31,2	56,9	3,6	6,5	34,8
1959	632,7	143,1	757,0	1 049,8	83,6	60,3	18,9	13,6	94,4
1960	609,9	149,7	805,0	1 029,3	75,8	59,3	18,6	14,5	94,4
1961	846,5	178,6	1 119,1	1 358,4	75,6	62,3	16,0	13,2	91,6
1962	886,9	199,0	1 169,6	1 443,7	75,8	61,4	17,0	13,8	92,8
1963	852,2	226,3	1 152,3	1 485,6	74,0	57,4	19,7	15,2	93,7
1964	863,7	279,3	1 278,0	1 610,9	67,6	53,6	21,9	17,3	89,5
1965	1 064,4	318,9	1 226,2	1 665,9	86,8	63,9	26,0	19,1	112,8
1966	1 176,7	...	1 539,9	1 884,2	76,4	62,4	...	...	...
1967	1 187,8	512,4	1 692,1	2 094,4	70,2	56,7	30,3	24,5	100,5
1968	1 900,3	540,8	1 996,5	2 967,9	95,2	64,0	27,1	18,2	122,3
1969	2 059,0	778,0	2 269,5	3 288,5	91,2	62,9	34,2	23,7	125,4
1970	1 996,6	928,1	2 515,0	3 803,6	79,4	52,5	36,9	24,4	116,3
1971	2 154,7	958,7	2 780,2	4 014,7	77,5	53,7	34,5	23,9	112,0
1972	2 742,8	1 055,1	3 298,0	4 325,1	83,2	63,4	32,0	24,0	115,2

FONTES: IBGE, Anuário Estatístico; IAPI, Mensário Estatístico-Atuarial; e INPS, balanços.

(*) Excluindo o IPASE.

(***) Exclui salário-família e programas de acidentes do trabalho.

Extraída de Rezende da Silva e Mahar (1974)

beneficiários/membros ativos no período, que se elevou de 14,3% em 1947 para 23,8% em 1966, contribuiu também para aumentar a pressão sobre o volume de benefícios concedidos. (Ver Tabelas XCIII e XCIV).

A expansão dos programas de assistência médica no interior do sistema previdenciário passou a representar, a partir dos anos 40, parcela cada vez mais significativa da despesa total. Desde então os IAPs passaram a expandir progressivamente suas atividades no campo da medicina, crescimento este viabilizado pela expansão da indústria farmacêutica naquela década, favorecendo a constituição de uma medicina de massa. Enquanto em 1947 os serviços médicos respondiam por apenas 6,5% das despesas totais dos IAPs, já atingiam em 1959 a proporção de 13,6% dos gastos. Na década de 60, as despesas com assistência médica continuaram crescendo rapidamente e em 1972 já se elevavam a 24,4% das despesas totais, sem que fossem acompanhadas pelas necessárias providências para o seu financiamento. Como veremos mais adiante no segundo item deste capítulo, as despesas com assistência médica já estavam absorvendo em 1972 cerca de 32% das contribuições sobre as folhas de pagamento, em comparação com 18,9% em 1959 e 3,6% em 1947.

A situação dos IAPs no período que antecedeu a unificação em 1967 é apresentada na Tabela XCV, que permite constatar a grande heterogeneidade existente entre as instituições previdenciárias, no que diz respeito ao número de segurados, à arrecadação e à despesa. Mostra ainda a precária condição financeira dos Institutos, em particular o IAPETC, o IAPFESP e o IAPM. A comparação entre a arrecadação proveniente da folha de pagamentos com o total da despesa com previdência e assistência dá uma idéia mais aproximada da disponibilidade líquida dos IAPs do que os dados de balanço.

TABELA XCIII

DISTRIBUIÇÃO DOS SEGURADOS ATIVOS E INATIVOS NA
PREVIDÊNCIA SOCIAL
BRASIL
1930 - 1977

ANO	SEGURADOS		
	ATIVOS	INATIVOS (*)	TOTAL
1930 ⁽¹⁾	142.464	8.006	150.470
	(94,7)	(5,3)	(100,0)
1940 ⁽²⁾	1.912.972	34.837	1.947.809
	(98,2)	(1,8)	(100,0)
1950 ⁽³⁾	2.857.000	178.000	3.035.000
	(94,1)	(5,9)	(100,0)
1960 ⁽⁴⁾	4.058.000	516.000	4.574.000
	(88,7)	(11,3)	(100,0)
1968 ⁽⁵⁾	7.838.356	1.133.178	8.971.534
	(87,4)	(12,6)	(100,0)
1971 ⁽⁶⁾	9.640.695	1.913.792	11.554.487
	(83,4)	(16,6)	(100,0)
1973 ⁽⁷⁾	12.675.013	1.929.419	14.604.432
	(86,8)	(13,2)	(100,0)
1977 ⁽⁸⁾	16.867.877	2.603.037(* *)	19.470.914
	(86,6)	(13,4)	(100,0)

FONTES: Elaborada a partir de dados extraídos de fontes diversas para os diferentes anos. (1) MINISTÉRIO DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL - SAM, "Assistência Médica na Previdência Social", 1973. (2) EPEA Previdência Social, Diagnóstico Preliminar, 1966. (3) REZENDE DA SILVA, F. e MAHAR, D. - 1974. (4) EPEA, op. cit. (5) idem (6) IBGE, Anuário Estatístico de 1974. (7) IBGE, Anuário Estatístico de 1978.

(*) Refere-se a todos os segurados emparados por benefícios, tais como aposentadorias e auxílios, com exceção da pensão por morte, devida aos dependentes. Não incluímos os dependentes, por não dispormos de dados para todos os anos.

(* *) Para efeito de comparação com os anos anteriores, não consideramos o empregado previdenciário (renda mensal vitalícia correspondente à metade do maior salário-mínimo do país, aprovada pela Lei 6.179/74) devido às pessoas de mais de 70 anos ou inválidas, que preenchem uma série de condições previstas em lei abrangendo em 1977 um total de 880.347 beneficiários.

TABELA XCIV

DISTRIBUIÇÃO DOS SEGURADOS (*) ATIVOS E

INATIVOS DO INPS

BRASIL, 1968

SEGURADOS ATIVOS		SEGURADOS INATIVOS	
EMPREGADOS	6.308.615	<u>SEGURADOS</u> <u>APOSENTADOS</u>	<u>742.783</u>
TITULARES DE FIRMA, SÓCIOS, ETC.	966.542	POR INVALIDEZ	431.426
AUTÔNOMOS	266.352	POR TEMPO DE SERVIÇO	170.745
EMPREGADOS DO PODER PÚBLICO	91.790	POR VELHICE	110.034
SERVIDORES DO INPS	75.298	OUTRAS	30.578
EMPREGADOS EM ENTIDA DES FILANTRÓPICAS	55.538	<u>SERVIDORES</u> <u>APOSENTADOS</u>	<u>4.944</u>
AVULSOS E FACULTATI- VOS	43.162	<u>SEGURADOS EM</u> <u>AUXÍLIO DOENÇA</u>	<u>384.530</u>
CONTRIBUINTES EM DOBRO	31.059	<u>SEGURADOS</u> <u>RECLUSOS</u>	<u>921</u>
TOTAL	7.838.356		1.133.178

FONTE: MINISTÉRIO DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL - SAM - op.cit.

(*) Pela não disponibilidade de informações quanto ao número de dependentes, naquele ano refere-se apenas aos contribuintes. A inclusão dos dependentes elevaria ainda mais a relação beneficiários"segurados ativos que , como vemos ao longo do texto, era de 23,8% em 1966.

TABELA XCV

SITUAÇÃO DOS IAPS NO MOMENTO DA UNIFICAÇÃO
 -DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS EMPRESAS, SEGURADOS,
 ARRECADAÇÃO E DESPESAS-
 BRASIL, 1964 e 1966

ANOS	1 9 6 6				1 9 6 4 (*)			
	(1) EMPRESAS	%	(2) SEGURADOS	%	(3) ARRECADAÇÃO (RECEITA DU- PLA CONTRIB)	%	(4) (5) DESP. / BENEF. E ASSIST.)	%
I.A.P.B.	13.538	1,4	301.879	5,3	38.621	6,6	21.024	4,0
I.A.P.C.	605.392	60,3	2.666.496	46,8	122.421	20,8	101.060	19,0
I.A.P.E.T.C.	97.958	9,7	762.353	13,4	43.919	7,4	55.069	10,3
I.A.P.F.E.S.P.	5.948	0,6	281.164	4,9	70.354	11,9	90.912	17,0
I.A.P.I.	277.886	27,6	1.567.694	27,5	299.840	50,9	243.382	45,7
I.A.P.M.	3.474	0,4	116.101	2,1	13.957	2,4	21.442	4,0
TOTAL	1.004.196	100,0	5.696.687	100,0	589.112	100,0	532.889	100,0

FONTES: Elaborada a partir das seguintes fontes de dados:

(1) CPI da Previdência Social (1968).

(2) idem.

(3) EPEA, Saúde e Saneamento, Diagnóstico Preliminar (1966)

(4) idem.

(*) Feita a conversão para cruzeiros novos.

Isto porque somente o IAPI distinguia em seus balanços a receita efetivamente realizada da receita a realizar (desta última constam as dívidas da União, das empresas, os prêmios de seguro já prescritos, ou seja, todos os créditos conhecidos e ainda não recebidos até o encerramento das contas). Um exame menos cuidadoso dos balanços, sem tomar em consideração as dívidas existentes e dificilmente realizáveis, pode dar a falsa impressão de superávit, quando se sabe que a Previdência Social apresentava em 1964 um déficit em caixa da ordem de Cr\$ 10 bilhões (a preços correntes).

O Processo de Unificação a partir de 1964

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

No decorrer daquele ano, todos os Institutos de Aposentadoria e Pensões que constituíam o então sistema previdenciário brasileiro foram submetidos a intervenção, durante a qual os Conselhos Administrativos dos Institutos e os Conselhos Fiscais foram substituídos por Juntas Interventoras nomeadas pelo governo revolucionário, instalando-se em cada um dos Institutos uma comissão de investigação sumária. Segundo depoimento prestado pelo Presidente do INPS, Dr. Francisco Luís Torres de Oliveira perante a Comissão Parlamentar de Inquérito sobre Previdência Social, em Brasília, nos dias 8, 9 e 14 de fevereiro, e na Guanabara, no dia 8 de março de 1968, "Essas comissões de investigação sumárias apuraram um enorme acervo de irregularidades que ocorriam na previdência so

-cial e sugeriram as punições cabíveis. Desse trabalho resultou a punição de grande número de servidores da previdência social, que foram aposentados compulsoriamente, demitidos e afastados de cargos de responsabilidade. Como essas comissões tinham prazo certo para funcionar, muitos dos inquéritos e das investigações sumárias que não puderam ser concluídos foram transformados em inquéritos administrativos, processados por essas juntas interventoras nos Institutos. Para todos os Estados, nas então Delegacias Estaduais dos Institutos foram nomeados interventores".

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

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

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

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

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

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

O Plano Geral seria, com as alterações sugeridas, o esquema da Lei Orgânica que corresponde à previdência social urbana; o Plano Básico teve suas linhas gerais aproveitadas, inclusive sob a mesma denominação, para a previdência social rural (hoje alterada), mas deixando-se de incluir, como

estava previsto, os empregados domésticos; e o Plano Mínimo (que previa, independentemente de contribuição, um auxílio-velhice às pessoas de mais de 70 anos não amparadas por outro esquema de proteção social e um abono às famílias numerosas não beneficiadas pelo salário-família do trabalhador), com algumas alterações mas mantendo a mesma orientação, voltou a ser proposto pelo Ministro Jarbas Passarinho, titular do Trabalho e Previdência Social de 1967 a 1969, sem que a proposição conseguisse acolhida.

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

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

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

Apesar do reduzido impacto, em termos imediatos, das atividades da Comissão Interministerial, o trabalho realizado serviu como base para o processo de unificação dos Institutos.

Em agosto de 1966, o Governo baixou o Decreto de nº 59.119, através do qual conferia poderes excepcionais ao Presidente do Conselho-Diretor do DNPS (Departamento Nacional de Previdência Social) para

agir como órgão executivo para instituir as comunidades da previdência social, preconizadas na Lei Orgânica da Previdência Social, rompendo assim a constituição do DNPS como órgão colegiado.

Ao retomar as comunidades de serviços ⁽¹⁴⁾, que constituíam uma atribuição feita pela Lei Orgânica ao DNPS (responsável no período de seis anos pela criação de apenas dois hospitais) o governo pretendia evitar a duplicação de instituições a nível local. Em localidades onde houvesse uma única agência (do IAPC, por exemplo), esta teria que servir a todos os segurados da previdência e não apenas aos comerciários, o que (como veremos mais adiante), implicava grandes resistências internas. Embora a instituição das comunidades de serviços estivesse prevista em um dispositivo da Lei Orgânica, pouco havia sido realizado nesse sentido, e só em 1966 o governo resolveu fazê-las funcionar.

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

Ao mesmo tempo, o então Ministro do Trabalho, Dr. Luiz Gonzaga do Nascimento Silva, baixou uma portaria instituindo o PAPS - Plano de A-

(14) Como mostra Donnangelo (1975), a criação de "comunidades de serviços" já estivera prestes a concretizar-se em momentos anteriores à Lei Orgânica, em 1960. Dando cumprimento à Lei nº 1.532 de 31.12.1951, um novo Decreto (37.271, de 28.4.1955) aprovava o Regulamento do Serviço de Assistência Médica da Previdência Social, que constituía essa modalidade de organização dos serviços de saúde, o qual acabou sendo revogado em dezembro do mesmo ano. A "comunidade" corresponderia à organização unificada, em âmbito local ou regional, dos serviços médicos dos IAPs, podendo um deles se responsabilizar pela assistência médica aos beneficiários de todos os demais Institutos.

-ção para a Previdência Social. Esse plano - que finalmente viabilizou a unificação institucional - foi instituído pela Portaria nº 583, de 24 de agosto de 1966. Essa portaria estabelecia diretrizes e programas comuns para cada uma das atividades dos diferentes Institutos, que até então adotavam procedimentos diversos face às mesmas atividades.

A unificação se consolidou efetivamente em 2 de janeiro de 1967, com a implantação do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS - criado pelo Decreto-lei nº 72, de 21/11/66, reunindo os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência - SAMDU - e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social - SUSERPS, desencadeando o que foi considerado por muitos como a maior reforma administrativa já realizada no país.

O intenso debate político que se travou sobre o sistema previdenciário e sua unificação, por um período de quase 10 anos até a intervenção nos IAPs em 1964, era uma decorrência natural da contradição inerente à própria estrutura da Previdência Social: se de um lado sua heterogeneidade cumpria a função de dividir os trabalhadores, estimulando a competição entre categorias por maiores benefícios, de outro constituía sério obstáculo à "racionalidade" administrativa que o sistema - cada vez mais amplo - requeria para poder cumprir suas funções, representando assim uma limitação à sua "expansão ordenada."

Como dizia, já na década seguinte, o Ministro do Trabalho Júlio Barata (1973):

"A Lei Orgânica da Previdência Social já surgiu obsoleta e com a introdução de alterações posteriores acabou ficando uma colcha de retalhos, não raro com contradições insuperáveis, com uma obsolescência que se tornava dia a dia mais evidente".

A transição da Lei Orgânica à unificação do INPS enfrentou grandes resistências internas ao próprio Instituto e ainda hoje⁽¹⁵⁾ se observa resquícios de ressentimentos passados, conforme já apontava, em suas indagações ao Presidente do INPS na CPI da Câmara dos Deputados sobre Previdência Social, o deputado Adylio Vienna, em 1968:

"Há ainda uma circunstância que V.Sa. não deve desconhecer, circunstância que causou mal-estar entre funcionários: a preponderância dada ao IAPI na unificação, preponderância não apenas na adoção de rotinas de método de trabalho e até de formulários, mas, inclusive na escolha dos agentes. Não quero absolutamente contestar que a organização do IAPI fosse melhor que a dos demais; não contestaria também que talvez o IAPI tivesse um corpo de funcionários mais selecionado por que lá teriam ingressado, em menor número, aqueles que não entraram pela porta estreita do concurso. A verdade, entretanto, é que nem tudo do IAPI era bom, como nem tudo nos outros era mau."

A unificação levou a uma nivelação dos benefícios concedidos, o que acabou prejudicando algumas categorias (sem favorecer nenhuma). Como os Institutos condicionavam os graus de extensão dos serviços médicos e assistenciais às pressões da massa segurada sobre os benefícios pecuniários (auxílio-doença, auxílio-invalidez, aposentadorias e pensões), estas

(15) No trabalho de campo que realizamos com os Sindicatos em Campinas, em 1977, cujos detalhes mostraremos mais adiante, entrevistamos o Presidente do Sindicato dos Bancários, que respondeu ao questionário com evasivas e um "nada a comentar". Quando indagamos o por que de sua indiferença e descrédito, quando se tratava de um levantamento sobre as condições de assistência médica de sua categoria, respondeu que "a criação do INPS, com a conseqüente destruição do IAPB prejudicou a categoria dos bancários, nivelou por baixo a assistência médica e os bancários só tiveram a perder com o INPS".

distinções ficavam evidentes quando se comparava, por exemplo, o IAPB, que em 1964 podia destinar parcela substancial de sua despesa (63,4%) à assistência médica, com o IAPI, que tinha a maior parte de sua despesa absorvida por benefícios, destinando apenas 20,2% da despesa à assistência médica.

TABELA XCVI

RECEITA E DESPESAS DOS IAPS (1964)

Instituições	Receita 1964		Despesas com prestações						
	Proveniente da Dúpla Contribuição		Total com Prestações de Previdência e Assistência	Em % da Receita	Pensões, Aposentadorias e Auxílios Financeiros Diversos		Assistência Médica		
	Em Cr\$1.000,*	Em %			Em Cr\$1.000,*	Em % da Despesa	Despesa em Cr\$1.000,*	da Despesa	da Receita
I.A.P.B.	38.621	6,5	21.024	54,4	7.695	36,6	13.329	63,4	35,2
I.A.P.C.	122.421	20,6	101.060	82,5	78.224	77,4	22.836	22,6	18,1
I.A.P.E.T.C.	43.919	7,4	55.069	125,4	35.481	64,4	19.588	35,6	44,4
I.A.P.F.E.S.P.	70.354	11,9	90.912	129,2	74.491	81,9	16.421	18,1	23,3
I.A.P.I.	299.840	50,9	243.382	81,1	194.183	79,8	49.199	20,2	15,6
I.A.P.M.	13.957	2,4	21.442	153,2	14.047	65,5	7.395	34,5	52,2

Fonte: Saúde e Saneamento - Diagnóstico Preliminar - EPEA

* Feita a conversão para cruzeiros novos.

Extraído de Donnangelo (1975).

As diferenças na absorção dos benefícios pecuniários podem ser explicadas, de um lado -- e principalmente --, pelas diferenças nas características da massa segurada quanto à exposição ao risco de doença, acidentes, morte e na relação segurados ativos/inativos + dependentes. E, de outro, pelo fato de que cada um dos IAPs se estruturou em função destas características, respondendo a pressões da categoria que cobriam e constituindo planos de benefí-

-cios, de direitos e obrigações dos segurados que respondessem às exigências que se colocavam.

Dizia o Presidente do INPS, referindo-se na mesma CPI, em 1968, às resistências à unificação:

"Quantos pedidos recabi, de todos os setores da opinião pública do País, para não mexer com esse excesso de funcionários. Na Guanabara temos excessos de fiscais. Recebemos agora de presente mais fiscais. E no entanto, precisamos urgentemente de fiscais no Paraná, Goiás, Amazonas e Belém do Pará. Mas quem tem coragem de transferir essa gente para Belém do Pará? Para transferir é uma luta. Brigam e sabotam a administração. E existe sabotagem, também, dentro da unificação. Existe gente que faz, propositadamente, isso que o nobre Deputado apontou. Temos apanhado casos - e por isso abrimos inquérito administrativo - em que o funcionário diz: "Você é seguro do dos Marítimos. Procure seu Instituto." Isto é sabotagem, é um absurdo. No entanto se faz".

Isto explica porque a unificação pretendida pela Lei Orgânica em 1960 só iniciou na prática sua consolidação após a intervenção nos Institutos e a constituição do INPS. Como bem observa Luz (1979) :

"Mais do que manifestações de caciquismo de pelegos - de fato existente nos IAPs e nos sindicatos - a resistência à unificação da previdência é expressão da luta contra a perda de poder".

Eliminando finalmente em 1964 os canais de participação e cooptação política existentes em sua própria estrutura - "resquícios" da fase populista - a Previdência Social pôde caminhar "livremente", respondendo com maior facilidade às determinações e exigências do sistema produtivo, catalizando e atenuando as tensões e não mais se estruturando em função delas.

Estas passam a se expressar indiretamente, transformando a Previdência Social num amortecedor, destinado a absorver e neutralizar o impacto das diferenças sociais sobre os trabalhadores.

Os fundos previdenciários e a política privatizante pós-1964

As modificações do sistema previdenciário no pós-64 devem ser entendidas à luz da chamada "Política Social do Governo", aí compreendida a política salarial.

Além de eliminar qualquer pressão dos assalariados por uma melhoria na sua participação na renda, abolindo na prática o direito de greve sob o argumento da necessidade de combate à inflação (Plano de Ação Econômica do Governo - PAEG 1964/66) como medida excepcional de curta duração, um dos aspectos desta política foi a modificação e extensão dos encargos sociais sobre a folha de pagamentos, sob a justificativa de que era necessário garantir um patrimônio aos trabalhadores sob o controle administrativo do Estado.

Vimos que pelo fato dos recursos da previdência estarem na dependência da receita de contribuição, em consequência da dívida crescente da União e dos empregadores, foi necessário elevar, até à unificação, em quatro vezes a taxa de contribuição, aumentando-se progressivamente as parcelas descontadas do salário dos trabalhadores, que passaram de 3% a 8% da folha de pagamentos.

A situação financeira da Previdência Social Brasileira por volta de 1964 desembocara em séria crise, deteriorando-se ao ponto de que suas despesas correntes lhe excediam as receitas correntes em Cr\$ 29,3 milhões. Mes

mo após a intervenção nos IAPs e a unificação em 1967, o sistema continuou em situação deficitária: além de deixar de mobilizar reservas, o INPS - IPASE transformou-se num grande sorvedouro de recursos públicos, apresentando em 1970 um déficit de Cr\$ 582 milhões - ou seja, 0,3% do produto nacional bruto.

Embora o valor dos investimentos do setor previdenciário tenha aumentado em termos reais em mais de 50% entre 1966 e 1971, como mostra a Tabela XCVII, seus retornos foram responsáveis por apenas 0,3% da receita corrente neste último ano, o que pode ser em parte explicado pela concentração dos investimentos na propriedade de bens imobiliários no período.

Portanto, embora tenha prosseguido seu curso após 1964, vimos que a deterioração financeira já não parecia significar mais uma ameaça de "colapso" do sistema. A adaptação da estrutura financeira da previdência social brasileira às novas condições político-administrativas se traduziu no fato de que esta, concebida inicialmente como sistema de capitalização (que previa o investimento das reservas existentes), assumisse a condição de sistema de repartição, uma vez que suas reservas praticamente inexistem, como mostra a Tabela XCVIII.

Além disso, a necessidade de manter o equilíbrio financeiro do sistema previdenciário não impediu a transferência às empresas médicas da quase totalidade dos recursos previdenciários destinados à assistência médica. Como veremos mais adiante, na análise do "complexo previdenciário", estes recursos transferidos ao setor privado representam aproximadamente um quarto da despesa total do sistema previdenciário brasileiro.

TABELA XCVII
 INVESTIMENTOS DO SETOR PREVIDENCIÁRIO (*) NO BRASIL
 1966 E 1971
 (Cr\$ milhões a preços de 1965-67)

Tipo de Investimento	31-12-1966		31-12-1971	
	Valor	Percentagem do Total	Valor	Percentagem do Total
Equipamentos	24,2	12,4	64,2	20,5
Bens Imóveis	120,6	61,8	196,6	62,7
Empréstimos ⁽¹⁾	26,0	13,3	16,1	5,1
Títulos	20,3	10,4	33,6	10,7
Outros	4,0	2,1	2,9	1,0
Total	195,1	100,0	313,4	100,0

FONTES: INPS, Mensário Estatístico-Atuarial (março, 1967), e INPS, Balanço Geral - 1971.

(*) Excluindo o IPASE

Extraído de Rezende da Silva e Mahar (1974)

(1) O declínio absoluto e relativo dos empréstimos (principalmente em hipotecas sobre imóveis) pode ser atribuído ao aumento de atividade nessa área do Banco Nacional de Habitação - FCTS.

TABELA XCVIII

RECEITA, DESPESA E POUPANÇA DO SISTEMA DE PREVIDÊNCIA SOCIAL								
1939 E 1947 — 70								
Cr\$ 1 000 000								
Anos	Despesas Correntes (Total)	Despesas de Consumo (Pessoal + Outras Despesas)	Transfe- rências	Receitas Correntes	Contribuição dos Empregados	Contribuição dos Empregadores	Outras Receitas Correntes	Poupança
				A — INPS + IPASE				
1939	.2	.1	.1	.5	.2	.2	.1	.3
1947	2.1	.9	1.2	3.8	1.4	1.2	1.2	1.7
1948	2.6	1.2	1.4	4.1	1.5	1.4	1.2	1.5
1949	3.1	1.5	1.6	5.8	1.9	1.7	2.2	2.7
1950	4.3	2.0	2.3	6.8	2.2	2.0	2.6	2.5
1951	5.6	2.3	3.3	8.1	2.8	2.6	2.7	2.5
1952	6.9	2.8	4.1	9.5	3.5	3.2	2.8	2.6
1953	10.7	4.1	6.6	11.0	3.8	3.5	3.7	.3
1954	13.1	5.3	7.8	13.7	4.6	4.3	4.8	.6
1955	17.8	6.7	11.1	19.8	6.2	5.6	8.0	2.0
1956	24.4	10.4	14.0	28.1	9.5	.3	10.3	3.7
1957	33.7	12.7	21.0	36.9	13.5	11.9	11.5	3.2
1958	37.6	14.3	23.3	45.3	16.3	15.0	14.0	7.7
1959	56.6	19.5	37.1	61.4	22.5	21.1	17.8	4.8
1960	71.3	25.1	46.2	85.4	29.5	29.0	27.9	14.1
1961	131.8	38.9	92.9	154.5	54.9	50.0	49.6	22.7
1962	215.2	75.3	139.9	223.2	83.0	76.1	64.1	8.0
1963	375.5	132.4	243.1	416.6	144.1	133.6	138.9	41.1
1964	760.7	281.4	499.6	751.4	304.7	273.8	172.9	29.3
1965	1 239.1	314.5	924.6	1 320.5	518.9	617.3	184.3	81.4
1966	2 044.2	405.5	1 638.7	2 500.9	880.9	1 153.7	465.3	456.7
1967	3 062.0	572.7	2 499.3	3 263.6	1 273.2	1 444.8	545.6	201.6
1968	5 170.9	856.0	4 314.9	4 958.2	1 897.8	2 175.4	885.0	212.7
1969	6 884.7	1 028.4	5 856.3	6 836.5	2 631.3	3 124.1	1 081.1	48.2
1970	9 543.2	1 361.2	8 182.0	8 960.8	3 421.4	4 257.3	1 282.1	582.4
1971	11 372.6			11 895.5				522.9
1972	14 435.5			14 101.0				334.5
				B — INPS, IPASE, FGTS, PIS, PASEP				
1967	3 089.5			4 026.8				937.3
1968	5 421.8			6 441.2				1 019.4
1969	7 510.1			9 190.5				1 680.4
1970	10 643.3			12 352.9				1 709.6
1971	13 064.1			17 055.5				3 991.4

FONTES: Conjuntura Econômica, Vol. 24, Nº 10 (1970), Tabela 1.2.1 (até 1968); Balanços dos Órgãos após 1969

Extraído de Rezende da Silva e Mahar (1974)

Ao mesmo tempo, substituiu-se em 1967 o sistema de estabilidade no emprego pelo Fundo de Garantia de Tempo de Serviço (FGTS), implantado em 1967 e administrado pelo BNH. O FGTS foi um importante instrumento da política salarial desde então. Optativo em tese, mas na prática compulsório, o FGTS passou a constituir um dos mecanismos de contenção salarial, favorecendo a dispensa dos trabalhadores e estimulando a rotatividade. Ao facilitar a dispensa dos trabalhadores, fez com que estes - particularmente os menos qualificados - tivessem sua remuneração distanciada do salário mínimo, uma vez que ao serem dispensados muitos só conseguiam empregar-se com uma remuneração inferior à do emprego anterior.

O caráter "optativo" do FGTS decorria do fato de que a estabilidade não poderia ser abolida, por constar de dispositivo constitucional. Era no entanto necessário eliminá-la, uma vez que constituía um obstáculo à livre rotatividade da mão de obra, pelo ônus representado pelas indenizações a serem pagas pelas empresas.

O FGTS introduziu assim uma importante alteração com relação ao sistema anterior de estabilidade: a importância em dinheiro devida ao empregado demitido passou a ser arrecadada previamente em fundo próprio liberando-se assim a política de dispensas de seu principal obstáculo. Os seus efeitos passaram a se fazer sentir principalmente às vésperas dos dissídios coletivos, quando os trabalhadores são demitidos para serem logo depois readmitidos por salários inferiores.

Em 1971 novos encargos foram criados: o PIS (Programa de Integração Social) e o PASEP (Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público), ambos administrados pelo BNDE.

Segundo Rezende da Silva e Mahar (1974), com a criação do FGTS e do PIS-PASEP estruturou-se, simultaneamente ao sistema previdenciário que de nominam "tradicional" (INPS-IPASE), o que chamam de "setor previdenciário não tradicional", subordinado ao BNH e ao BNDE. Isto na medida em que este último, embora não seja formalmente considerado pelo Governo como integrante da Previdência Social, atua também em esquema securitário : alguns de seus benefícios - como aposentadoria, desemprego e pensão por morte - podem ser considerados complementares à área de atuação da previdência social.

Na verdade, este suposto "setor previdenciário não tradicional" está muito longe de poder ser considerado como integrante, - pelas restrições impostas à concessão dos benefícios - do sistema previdenciário no sentido estrito do termo. Constituem hoje, ao contrário, um importante fundo financeiro estatal que atua como fonte de recursos transferidos ao setor privado sob diversas formas.

O fundo PIS-PASEP representa hoje um dos mais importantes credores e acionista de inúmeras empresas, o que torna o BNDE "procurador" dos trabalhadores - proprietários desse fundo - ao acompanhar a administração das empresas nas quais o fundo tenha participação acionária importante. Sua magnitude pode ser avaliada pelos seguintes números : em 1972, ou seja, em um prazo de seis anos, o FGTS dispunha de reservas acumuladas de quase Cr\$ 15 bilhões; em 31.12.76 o PIS tinha arrecadado 29 bilhões de cruzeiros e o PASEP 19 bilhões de cruzeiros, o que totalizava 48 bilhões de cruzeiros.

A gestão do patrimônio dos trabalhadores lhes diz respeito diretamente. Na medida em que são legalmente os proprietários destes fundos administrados pelo Estado, sua participação na administração dos mesmos - que hoje representam um montante de recursos capaz de influir na redefinição de uma política de transportes, habitação e saneamento - constitui uma reivindicação que vem sendo manifestada pelos seus representantes.

Desse ponto de vista, também o INPS, o IAPAS e o INAMPS - respectivamente os órgãos responsáveis pela concessão de benefícios, pela administração financeira e pela assistência médica do atual Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) - podem ser considerados como em posição análoga ao FGTS e ao PIS-PASEP : constituem, ainda que teoricamente, uma forma de salário indireto e como tal sua gestão deve ser reivindicada.

A exclusão dos trabalhadores na administração de seu patrimônio e equivale à administração sem restrição de sua transferência ao setor privado: no caso do INAMPS às empresas médicas, no caso do FGTS ao setor imobiliário e no caso do PIS-PASEP aos mercados de ações e títulos.

Ainda assim, novas reivindicações sempre surgem por parte do setor privado, que reage às eventuais recusas por parte do Estado - que necessita manter um mínimo de autonomia para responder às pressões sociais que se impõem - com críticas à "estatização".

Um bom exemplo é o artigo publicado em 21.3.77, sob o título " A imensa fortuna da Previdência" pela Revista Visão. Nele perguntava-se ao se ver negada a reivindicação que os empresários faziam ao Governo de implantar os fundos de pensão no Brasil, através da redução dos encargos trabalhistas das empresas que os adotassem :

" Que previdência social é essa, capaz de gastar 8% do produto interno bruto por ano e incapaz, sob pena de colapso, de renunciar a qualquer parte de sua arrecadação ? "

Referindo-se, além do INPS e FUNRURAL, ao que chama de "previdência negada", lembra que, juntos, o FGTS, o PIS e o PASEP tinham arrecadado 126 bilhões de cruzeiros em 1976, o que representa "3.500 cruzeiros por membro da população economicamente ativa e movimentaria a bolsa a níveis recordes de 200 milhões de cruzeiros por dia, durante mais de um ano."

Prosseguindo em seu tom queixoso, pela recusa do Governo em favorecer os fundos de pensão com a correspondente diminuição dos encargos das empresas sobre a folha de pagamentos, diz o artigo :

" E esses recursos, retirados da empresa privada (correspondem a parte de seu faturamento), são aplicados em empréstimos a empresas privadas - não a todas, claro : apenas às que, muitas vezes desprezando as leis do mercado e o 'feeling' do empreendedor que as dirige, se alinham obedientemente nas prioridades determinadas pelo Governo (...). Esses recursos, que atualmente alimentam a estatização e o endividamento das empresas nacionais, somam (...) mais que o total de recursos hoje aplicados em previdência social."

Prossegue o artigo, assinalando que esses recursos "pouco representam" para o trabalhador :

" A aplicação dos recursos do PIS-PASEP e do FGTS, se contribui para endividar a empresa privada nacional, ao invés de fortalecê-la, também não chega a ser de grande valia para o trabalhador. Retirá-los durante sua vida economicamente ativa, a não ser em casos extremos ou na compra de

imóveis, é quase impossível (aliás, com a demora que ocorre no pagamento, torna-se inviável a retirada em casos extremos). Quando da aposentadoria, o trabalhador, normalmente acostumado a um padrão de vida austero, recebe de uma vez uma grande quantia; normalmente, sua reação será 'torrá-la' na compra de bens de consumo suntuário. Resultado : estímulo ao consumo, estímulo à inflação, desamparo do trabalhador (afinal de contas, a bolada é uma só : se acabar antes da morte, o beneficiário corre o risco de passar a velhice num padrão de vida bastante inferior àquele a que se acostumara)".

Não deixa de ser constrangedora uma defesa tão enfática dos interesses do trabalhador, quando se trata de reivindicar a transferência de parte de seu patrimônio aos grupos empresariais interessados nos fundos de pensão e na privatização da previdência. Segundo esta mesma revista, uma das maiores vantagens do fundo de pensão seria justamente a de permitir "que a previdência social estatal se limite a suprir todos os trabalhadores o mínimo vital (sic) - que é aliás o objetivo da instituição. Além do mínimo vital, a tarefa ficaria para os fundos de pensão privados".

3.2. A Assistência Médica na Estrutura Atual do Complexo Previdenciário

Na década de 60 o florescimento das empresas médicas e dos hospitais privados deu impulso à expansão da medicina capitalista no país, fenômeno que deve ser analisado principalmente à luz das novas condições e exigências que emergiram com a aceleração do processo de industrialização, durante a segunda metade da década de 50.

A intensificação da industrialização no período requeria uma grande mobilização de recursos e de mão de obra. Numa primeira etapa, a construção civil liderou o processo dado o grande volume de obras públicas necessárias à constituição de uma infra-estrutura que viabilizasse a realização dos investimentos industriais: construção de extensa rede rodoviária interligando as diferentes regiões do país, expansão da siderurgia e construção de grandes usinas hidroelétricas. A liderança passou em seguida à indústria de transformação, cujo número total de empregados cresceu entre 1950 e 1960 de 1.608.309 para 2.005.775, conforme dados dos Censos Industriais do IBGE para aqueles anos. Este crescimento se deu pela instalação maciça no país de grandes indústrias, principalmente nos ramos industriais que produzem bens de consumo duráveis e, dentre estes, assumiu especial relevância a indústria automobilística.

Esta nova etapa de industrialização não levou apenas à criação de nova capacidade de produção industrial e à rápida urbanização do país: implicou sobretudo profundas alterações no processo de trabalho industrial, que tiveram um grande impacto sobre as formas de absorção e de consumo da classe trabalhadora pelo sistema produtivo. A força de trabalho necessária a este processo de expansão provinha em boa parte

das áreas rurais do país, da pequena indústria e do emprego artesanal, colocando para a previdência social e, em particular, para a assistência médica previdenciária, novas exigências que impunham soluções compatíveis com o processo de industrialização em curso.

A citação de Benevides (1967), técnico de administração do INPS, extraída de artigo publicado na revista "Previdência Social" é bastante ilustrativa dos termos em que o problema se colocava na época para os próprios administradores da Previdência. Embora longa, é oportuno transcrevê-la na íntegra:

"A média de absenteísmo, por ligeiras afecções que não chegam a se fazer sentir nas atividades médicas normais da Previdência Social era, segundo Bloomfield, em 1960, de 12 dias por empregado na indústria brasileira. Hoje esse absenteísmo deve ser um pouco mais elevado pelo agravamento das condições de vida. Considerando a taxa de $1.800.000 \times 12 = 21.600.000$ dias - ano perdidos para a produção, que, ao salário médio atual de NCr\$130,00, perfaz uma perda total de NCr\$ 2.798.000.000,00 - quase 3 bilhões de cruzeiros novos ao que se deve acrescentar a circunstância de perda maior, decorrente dos afastamentos por auxílio-doença superiores a 15 dias, pesando nas despesas "Benefícios" da Previdência Social. No ex-IAPI, a média-dias de afastamento por doença atingiu o índice de 105 dias por segurado doente, sendo que em alguns estabelecimentos industriais 25% a 30% dos empregados se mantinham afastados do trabalho por doença. Admitindo-se a média de 15% para 1.800.000 trabalhadores, teríamos 270.000 empregados fora de atividade permanente, que multiplicados por 105 dias e por NCr\$ 130,00 de salário médio correspondiam a $270.000 \times 105 \times 130 = \text{NCr\$ } 3.685.000.000,00$, ou seja, quase 7 bilhões de cruzeiros novos ou 7 trilhões de cruzeiros antigos, ou

3,5 vezes o valor da produção agrícola total do país em 1965, perdidos pela indústria. "(grifos do autor).

Absorvendo, com a intensificação da industrialização, um número cada vez maior de assalariados na condição de contribuintes compulsórios, a Previdência Social brasileira mobilizava um volume crescente de recursos e ao mesmo tempo aumentava progressivamente a participação da assistência médica no conjunto da despesa, como vemos na Tabela XCIX.

Em 1964, a intervenção nos IAPs viabilizou - com a racionalização dos gastos em bases atuariais mais sólidas - a transferência dos recursos previdenciários destinados à assistência médica ao setor privado. Neste mesmo ano, o IAPI já inaugurava a modalidade de convênio-empresa, firmando o primeiro convênio em São Paulo com a filial brasileira da Volkswagen. Desde então, intensificou-se a privatização da assistência médica previdenciária, predominando após a unificação do INPS em 1967 a orientação privatizante do IAPI.

Em 1969, como vemos na Tabela C, cerca de 90% dos recursos previdenciários já eram transferidos às empresas médicas e aos hospitais privados.

Segundo declaração de Marisa Durão, Secretária de Assistência Médica e Social do então Ministério do Trabalho e Previdência Social, na condição de representante do INPS ao Simpósio Brasileiro de Medicina de Grupo, em 1972, "a iniciativa (...) era coerente com a filosofia do Governo, traduzida no então Projeto da Lei da Reforma Administrativa, de os órgãos da administração pública se eximirem da prestação direta de serviços, sempre que a iniciativa privada pudesse assegurar sua execução."⁽¹⁾

(1) Decreto-Lei 200, de 25.2.67, que dispõe sobre as diretrizes para a Reforma Administrativa.

TABELA XCIX

PARTICIPAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
MÉDICA NO TOTAL DAS RECEITAS E DAS
DESPESAS PREVIDENCIÁRIAS

1947, 1969/72

Cr\$ 1.000.000 a preços de 1965-67

A n o s	Assistência Médica (1)	Receita de Contribuições * # (2)	Despesas Totais (3)	$\frac{1}{2}$ (%)	$\frac{1}{3}$ (%)
1947	15,3	427,9	234,2	3,6	6,5
1959	143,1	757,0	1.049,8	18,9	13,6
1960	149,7	805,0	1.029,3	18,6	14,5
1961	178,6	1.119,1	1.358,4	16,0	13,2
1962	199,0	1.169,6	1.443,7	17,0	13,8
1963	226,3	1.152,3	1.485,6	19,7	15,2
1964	279,3	1.278,0	1.610,9	21,9	17,3
1965	318,9	1.226,2	1.665,9	26,0	19,1
1966	...	1.539,9	1.884,2	...	...
1967	512,4	1.692,1	2.094,4	30,3	24,5
1968	540,6	1.996,5	2.967,9	27,1	18,2
1969	778,0	2.269,5	3.288,5	34,2	23,7
1970	928,1	2.515,0	3.803,6	36,9	24,4
1971	958,7	2.780,2	4.014,7	34,5	23,9
1972	1.055,1	3.298,0	4.325,1	32,0	24,0

FONTES : IBGE, Anuário Estatístico, IAPI, Mensário Estatístico-Atuarial e INPS, balanços.

Extraído de Rezende da Silva, F. e Mahar, D. (1974).

TABELA C

INPS - SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA COORDENAÇÃO DE PLANEJAMENTO DESPEZA COM ASSISTÊNCIA MÉDICA			
A N O	DESPEZA GERAL	DESPEZA SERVIÇOS TERCEIROS	% DE SERVIÇOS COMPRADOS
1969	1.293.361.627,00	1.203.496.056,00	93,05
1970	1.682.922.807,00	1.739.662.437,00	92,39
1971	2.259.381.944,00	2.074.136.548,00	91,80
1972	2.900.294.084,00	2.522.362.263,00	86,97
1973	4.210.566.393,00	3.613.322.549,00	85,82
1974(*)	6.056.989.192,00	5.602.996.953,00	92,47
1975(*)	8.243.440.000,00	7.565.666.500,00	91,78

FONTE : INPS, Secretaria de Assistência Médica, in Fernandes (1975)

(*) estimativa

Assim, a interferência estatal crescente no setor, longe de significar uma "estatização" da medicina no país, representou, ao contrário, um importante estímulo para o surgimento de organizações privadas hospitalares e para-hospitalares, ao garantir o poder de compra de serviços médicos para uma população que, de outra forma, não teria condições de custear uma medicina de custo crescente. Estimulada pela transferência de recursos dos assalariados urbanos, assistiu-se nas duas últimas décadas à consolidação de uma medicina capitalista no país.

Dos serviços médicos-assistenciais comprados a terceiros que consomem cerca de 90% dos recursos previdenciários destinados à assistência médica, vemos na Tabela CI que a maior parte é transferida ao setor privado, com uma parte insignificante dos recursos transferidos aos Sindicatos, Universidades, União, Municípios e outros.

A maior parte das internações são compradas aos hospitais privados sob a forma de pagamento por unidade de serviço (U.S.) que estimula a produção de serviços hospitalares, uma vez que estes são pagos pela quantidade de serviços prestados. O lucro das empresas hospitalares depende do número de internações que estas são capazes de realizar, o que acaba sendo reforçado pela forma de pagamento estipulado pelo INPS na sua compra de serviço aos hospitais, levando a um grande número de internações desnecessárias cuja indicação na maior parte dos casos é discutível.

Vemos na Tabela CII que apenas 4% das internações são realizadas nos hospitais públicos próprios do INAMPS, ou seja, a quase totalidade das internações são compradas aos 3.130 hospitais privados com os quais mantém convênio.

Segundo o depoimento do então Presidente do INPS à CPI da Previdên

TABELA CI

DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICO - ASSISTENCIAIS COMPRADOS PELA
PREVIDÊNCIA SOCIAL, BRASIL 1978

SERVIÇOS	Nº
<u>HOSPITAIS PRIVADOS</u>	3.130
<u>CONVÊNIOS</u>	
1. CONVÊNIOS COM EMPRESAS INDUSTRIAIS, COMERCIAIS E BANCÁRIAS MEDIADOS POR EMPRESAS MÉDICAS.	4.929
2. OUTROS CONVÊNIOS (*)	993
SUB-TOTAL	5.922
<u>CRENCIAMENTO DE CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS PARTICULARES E LABORATÓRIOS PRIVADOS</u>	
1. CLÍNICAS MÉDICAS	2.056
2. CLÍNICAS RADIOLÓGICAS	2.995
3. LABORATÓRIOS	1.257
4. CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS	2.835
SUB-TOTAL	9.143

FONTE: INAMPS, Departamento de Administração Médica, in Aguiar (1978)

(*) Sindicatos, Universidades, União, Municípios e outros.

TABELA CII

DISTRIBUIÇÃO DAS INTERNAÇÕES DO INAMPS
 NOS SERVIÇOS PRÓPRIOS E COMPRADOS
 Brasil, 1975 e 1978

SERVIÇOS	I N T E R N A Ç Õ E S			
	1975 (1)	%	1978 (2)	%
Próprios	222.325	4,2	206.000	2,9
Comprados	5.005.180	95,8	6.994.000	97,1
	(100,0)		(100,0)	
Credenciados(US)	4.703.732		6.385.000	
	(94,0)		(91,3)	
Convênios	301.448		609.000	
	(6,0)		(8,7)	
T O T A L	5.227.505	100,0	7.200.000	100,0

FONTES: (1) MPAS, INPS-Programa de Ação para o INPS, 1975 Resultados
 (2) MPAS, INPS-Estudos para a Implantação do INAMPS, Rio, Fev.
 1978 (Projeção).

-cia Social em 1968:

"E não é a política adotada pelo INPS a de aumentar a sua rede própria e, sim, estimular a iniciativa privada (...). A Federação Brasileira de Hospitais reunida há pouco no Rio de Janeiro, disse isto com todas as letras: O INPS vem sustentando a rede hospitalar privada; é o nosso maior cliente."

De fato, quando analisamos a distribuição das internações hospitalares no Brasil, segundo sua fonte de financiamento, vemos que o sistema previdenciário, através do INPS e do FUNRURAL, era o comprador de mais de 70% das internações realizadas em 1973 em todo o país, conforme mostra a Tabela CIII. Em 1977, segundo Fessel (1977), dos 4.200 hospitais estimados no Brasil, com aproximadamente 400.000 leitos, um total de 2.771 hospitais e 235.884 leitos encontravam-se à disposição da Previdência Social.

TABELA CIII

INTERNAÇÕES HOSPITALARES SEGUNDO FONTES DE FINANCIAMENTO
BRASIL, 1973

FONTES DE FINANCIAMENTO	Nº DE INTERNAÇÕES (em milhares)	% SOBRE O TOTAL
INPS	3.708	56,8
FUNRURAL	1.011	15,5
TODAS AS DEMAIS	1.807	27,7
TOTAL	6.526	100,0

FONTES: INPS - MPAS, Estudos para a Implantação do INAMPS, 1978
 FUNRURAL - Vespasiano Ramos (1978)
 TOTAL DE INTERNAÇÕES - Cadastro Hospitalar Brasileiro, Brasília, 1973

Extraído de Gentile de Mello (1978).

Embora realizada sob o argumento de "utilização da capacidade instalada existente", a política de compra de serviços pela previdência social aos hospitais privados favoreceu sua rápida expansão na década de 60, privilegiando na política de "saúde" adotada, o modelo hospitalar, atingindo em 1977 uma proporção de 17 internações em 100 consultas (ver Tabela CIV). Em outras palavras, muito além de simplesmente utilizar a capacidade ociosa dos hospitais, a política adotada contribuiu para que a rede hospitalar privada se expandisse com os recursos da previdência, o que limitou a ampliação de sua rede própria.

Entre 1960 e 1975 dobrou o número de leitos hospitalares no país, como mostra a Tabela CV. Neste período, a proporção de leitos particulares sobre o total de leitos se elevou de 53,9% em 1960 para 58,4% em 1975, o que é bastante significativo, como vemos na Tabela CVI, embora deva ser levado em conta o fato de que o número de leitos privados em comparação aos leitos públicos não dá a verdadeira dimensão da privatização ocorrida no setor hospitalar no período. Isto porque os hospitais privados operam (como veremos mais adiante) a um custo menor, com uma maior rotatividade de leitos associada ao seu menor porte.

É importante ressaltar por outro lado que paralelamente às entidades hospitalares no país ocorreu uma grande proliferação de chamadas entidades para-hospitalares, ou seja, clínicas privadas que apresentaram grande expansão nos últimos quinze anos. Considerando estas entidades para-hospitalares, cuja atividade principal é a assistência médica curativa, mas que não exclui internações por "pequenas cirurgias", constata-se a grande expansão da atividade privada no setor, tendo a previdência social como grande compradora.

TABELA CIV
EVOLUÇÃO DO Nº DE CONSULTAS E
INTERNAÇÕES DO INPS

ANO	CONSULTAS	INTERNAÇÕES	RELAÇÃO CONS/INTERN.
1971	47.799.459	2.931.589	16,3
1972	51.231.079	3.405.906	15,0
1973	52.258.910	3.708.051	14,1
1974	55.384.672	4.082.702	13,5
1975	80.025.930	5.227.505	15,3
1976	105.571.000	6.837.500	15,4
1977	106.740.000	6.285.800	17,0

FONTE: Elaborada a partir de dados do INPS, Secretaria de Assistência Médica.

TABELA CV

EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE HOSPITAIS E NÚMERO DE LEITOS
BRASIL, 1950 - 1975

ANO	Nº HOSPITAIS ⁽¹⁾	Nº DE LEITOS ⁽²⁾
1950	n.d.	162.515
1955	2.444	n.d.
1960	2.654	257.371
1965	3.538	228.545
1969	3.580	n.d.
1971	4.002	371.218
1974	4.741	391.138
1975	n.d.	394.782

FONTES: (1) 1955, 1960, 1965 e 1969 - Souza, L.A. em "O Problema Hospitalar no Brasil", CEBRAE, 1976. Dados dos cadastros hospitalares realizados naqueles anos.

1971 - IBGE, Anuário Estatístico do Brasil, 1974.

1974 - IBGE, Anuário Estatístico do Brasil, 1978.

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

1960 - Carvalho e Castro, P. - "Saúde e Saneamento em São Paulo", Comissão Inter-Est. da Bacia do Paraná - Uruguai, 1964.

1965 - Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Saúde, "Primeiro Censo Hospitalar do Brasil", 1965.

1971 - Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência Médica, "Cadastro Hospitalar Brasileiro", 1973; IBGE, Anuário Estatístico do Brasil, 1974.

1974 - IBGE, Anuário Estatístico do Brasil, 1978.

1975 - Cherubin, A.N. - "Hospitais do Brasil", Convênio Sociedade Beneficente São Camilo e CEBRAE, 1976.

TABELA CVI
 EXPANSÃO DA CAPACIDADE DA REDE HOSPITALAR
 BRASILEIRA SEGUNDO A ENTIDADE
 MANTENEDORA EM DIFERENTES ANOS

Nº de Leitos	1950 (1)	%	1960 (2)	%	1965 (3)	%	1971 (4)	%	1975 (5)	%
<u>Oficiais</u>	<u>74.976</u>	<u>46,1</u>	<u>97.526</u>	<u>37,9</u>	<u>84.494</u>	<u>37,0</u>	<u>124.601</u>	<u>33,9</u>	<u>124.734</u>	<u>31,6</u>
Federal	15.433		14.631		n.d.		23.496		26.052	
Estadual	52.099		67.518		n.d.		84.738		82.554	
Municipal	5.671		9.996		n.d.		7.414		8.723	
Para+Estadual	1.773		5.381		n.d.		8.953		7.405	
<u>Particulares</u>	<u>87.539</u>	<u>53,9</u>	<u>159.845</u>	<u>62,1</u>	<u>144.051</u>	<u>63,0</u>	<u>242.921</u>	<u>66,1</u>	<u>270.048</u>	<u>68,4</u>
Lucrativas	n.d. (*)		22.976	14,4	n.d.		106.929	44,0	122.016	45,2
Não lucrativas	n.d.		136.869	85,6	n.d.		135.992	56,0	148.032	54,8
T O T A L	162.515	100,0	257.371	100,0	228.545	100,0	367.522	100,0	394.782	100,0

FONTES: (1) Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Saúde + "Brasil Hospitalar 1950"

(2) Carvalho e Castro, P. - "Saúde e Saneamento em São Paulo". Comissão Inter-Est da Bacia do Paraná-Uruguai, 1964

(3) Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Saúde - "Primeiro Censo Hospitalar do Brasil", 1965

(4) Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência Médica - "Cadastro Hospitalar Brasileiro", 1973

(5) Cherubin. A.N. - "Hospitais do Brasil". Convênio Sociedade Beneficente São Camilo e CEBRAE, 1976.

Dados extraídos de Braga (1978)

(*) n.d. - não disponível.

Juntos, os estabelecimentos hospitalares e para-hospitalares totalizavam em 1977 cerca de 14.000 estabelecimentos com um total de 446.346 leitos como mostram as Tabelas CVII e CVIII. Nesta última vemos que em 1975 os estabelecimentos hospitalares e para-hospitalares respondiam juntos por um total de 305.380 leitos privados em todo o país: considerando que os dados para este mesmo ano apresentados anteriormente na Tabela CVI mostram que os hospitais privados respondiam por 270.048 destes leitos, chega-se à conclusão - por diferença - que as entidades para-hospitalares possuíam uma razoável capacidade de internação - 35.332 leitos, ou seja, 12% dos leitos privados do país naquele ano.

A expansão da medicina capitalista no país deu-se, assim, principalmente pela transferência de recursos da Previdência Social ao setor privado, uma vez que o reduzido poder de compra dos assalariados brasileiros impedia (e impede ainda hoje) que ela expandisse espontaneamente como mercado.

Dizia já no mencionado artigo o próprio Benevides:

"De um inquérito (IEGE) realizado abrangendo 3.240.750 pessoas (principalmente indústria, comércio e serviços), 82,9% recebiam menos de NR\$ 150,00 (...). Por outro lado, segundo o Imposto de Renda, de uma população de 70.967.185 (1960), em 1965, apenas 193.476 ou 0,27% eram contribuintes, ou seja, 0,8% da população ativa. Não é só. A análise funcional da renda da população brasileira demonstra que 64,9% é proveniente de salário; 15% de trabalho e capital; 20,1% de lucros, juros e aluguéis; deduzindo-se do confronto desses dados o pauperismo, o qual não pode alimentar o seguro saúde privado." (grifo do autor)

Mesmo mais tarde, na década de 70, analisando o perfil de distribui

TABELA CVII

DISTRIBUIÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES E PARA - HOSPITALARES

SEGUNDO O TIPO DE ATENDIMENTO PRESTADO

BRASIL - 1975, 1976 e 1977

TIPO DE ATENDIMENTO	1975	1976	1977 ⁽¹⁾
COM INTERNAÇÃO	5.170	5.393	5.486
(%)	(40,6)	(40,7)	(38,6)
SEM INTERNAÇÃO	7.551	7.808	8.710
(%)	(59,4)	(59,3)	(61,4)
TOTAL	12.721	13.261	14.196
	(100,0)	(100,0)	(100,0)

FONTE: Fundação IBGE, Anuário Estatístico do Brasil, 1978.

(1) Resultados preliminares.

TABELA CVIII

DISTRIBUIÇÃO DOS LEITOS EM ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES

E PARA - HOSPITALARES SEGUNDO A PROPRIEDADE

BRASIL - 1975, 1976 e 1977

PROPRIEDADE	Nº DE LEITOS(1)		
	1975	1976	1977(2)
ESTABELECIMENTOS PÚBLICOS	120.033	122.598	121.049
(%)	(28,2)	(27,5)	(27,2)
ESTABELECIMENTOS PRIVADOS	305.380	324.028	324.297
(%)	(71,8)	(72,5)	(72,8)
TOTAL	425.413	446.626	445.346
(%)	(100,0)	(100,0)	(100,0)

FONTE: Fundação IBGE, Anuário Estatístico do Brasil, 1978.

(1) Inclusive berços aquecidos e incubadeiras.

(2) Resultados preliminares.

-ção de renda dos assalariados, na Tabela CIX, a Previdência Social mostrava em documento oficial o quanto era reduzida a possibilidade de um desenvolvimento auto-sustentado da medicina privada no país.

Na verdade, a parcela da população capaz de arcar com os custos crescentes de uma medicina cada vez mais sofisticada manteve-se estacionária ou até mesmo se reduziu, pela concentração da renda observada no país.

Embora a remuneração média dos assalariados seja baixa, o volume de recursos representado pelos encargos sociais compulsórios é de tal ordem que permite à Previdência Social - com apenas 25% da despesa, limite atuarial fixado para os gastos previdenciários com assistência médica - abranger em sua política privatizante a maior parte da Medicina praticada hoje no país.

Numa avaliação equivocada desta situação - no que diz respeito ao poder aquisitivo da população e à necessidade de intervenção do Estado no setor - consistiu o grande erro do chamado "Plano Leonel Miranda" em 1968, em que o Ministério da Saúde pretendia implantar um modelo privatizante e curativista a nível nacional. O Plano supunha a possibilidade de participação - ainda que parcial - de quase toda a população do país (!) no custeio da medicina privada, tentando responder desta forma aos anseios liberais de uma parcela considerável da classe médica em se libertar tanto do assalariamento como do controle estatal. Dizia o fracassado "Plano de Coordenação das Atividades de Proteção e Recuperação das Ações de Saúde":

"Assim, embora mais da metade da população brasileira deva receber serviços médicos praticamente gratuitos, é indispensável, no momento da utilização do sistema, que o cliente, mesmo o mais desprovido de recursos e exceto o indigente, participe do pagamento do custo mediante o desembol-

TABELA CIX

NÚMERO DE EMPREGADOS E SALÁRIOS PAGOS, EM 1971

Maior salário mínimo de 1971 = Cr\$ 225,60

Classes de Salário (Cr\$)	Número de Empregados	Salários pagos	% do nº de Empregados
Até 159	581.374	77.743.033	9,58
De 160 a 199	1.108.748	202.629.691	18,27
De 200 a 399	2.399.886	657.037.631	39,54
De 400 a 599	862.819	413.601.398	14,21
De 600 a 799	402.200	275.080.559	6,63
De 800 a 999	218.372	193.347.960	3,60
De 1.000 a 1.599	270.091	332.752.483	4,45
De 1.600 a 2.399	122.939	236.738.495	2,02
De 2.400 e mais	102.927	397.193.484	1,70
TOTAL	6.069.356	2.786.114.734	100,00

FONTE: IBGE - Anuário Estatístico do Brasil - 1974 . Dados divulgados pelo Centro de Documentação e Informática do MTPS na publicação Assistência Médica na Previdência Social, 1973.

-so de quantia que, proporcionalmente, represente ônus financeiro comparável para o pobre e para os de maior renda.(...) A exigência é indispensável porque visa a moderar a utilização dos serviços, de modo que a eles se recorra na medida das reais necessidades de cada um (...).Para a finalidade da participação no pagamento dos preços dos serviços, essa população a ser atendida é distribuída basicamente em quatro classes(...). Prevê-se que a contribuição da classe A deve oscilar entre a total gratuidade e 10% do preço dos serviços; em média, apenas 3%. As contribuições da classe B e C estimam-se em média 35% e 65% dos preços, e da classe D, sujeita a preços liberados, situa-se, em média, em torno de 150% dos valores tabelados".

O Plano Leonel Miranda fracassou por propor no âmbito do Ministério da Saúde um projeto de privatização que pretendia universalizar a assistência médica. Como bem colocou Gentile de Mello em uma entrevista ⁽²⁾, "é um plano de remuneração médica e não um Plano Nacional de Saúde". O projeto liberal de interiorização da assistência médica em nenhum momento coloca as questões pertinentes ao Ministério da Saúde e à racionalidade de sua estrutura sanitária, ou seja, desrespeita a divisão de trabalho das instituições de saúde entre a cobertura da população em geral, a "saúde pública", e a assistência médica individualizada. Ao tentar regulamentar esta última, o Ministério da Saúde tenta invadir área alheia, sobrepondo-se à área de atuação da Previdência Social. O Plano expressa na verdade os últimos estertores da preservação do projeto liberal, que reconhecia só poder subsistir como projeto se financiado duplamente pelo Estado e pela

(2) Entrevista concedida a Luz (1979)

clientela.

A garantia da participação do usuário no custeio do serviço, complementando-o como "fator moderador", é um aspecto central na tentativa de viabilizar o projeto liberal. Representa mais do que a garantia de um mercado: significa, através da livre escolha do médico, a liberdade neste mercado. O subsídio estatal representaria - através da contribuição compulsória dos usuários da Previdência Social - um apoio à expansão do mercado e nunca um fator de controle do Estado e das empresas sobre o trabalho médico. Esse aspecto é evidenciado num trecho do Plano: "os honorários correspondentes a serviços de competência dos médicos serão sempre pagos à pessoa física desses profissionais."

O Plano Leonel Miranda representava, em suma, um projeto alternativo de privatização, pretendendo um modelo privatizante economicamente inviável e essencialmente distinto daquele que vinha despontando no interior do sistema previdenciário, pelo que enfrentou grandes resistências por parte do próprio INPS.

Na relação entre Estado e setor privado está a chave para a compreensão da organização social da Medicina no país. Cabe analisar como, de um lado, a compra de serviços pela Previdência garante a preservação e expansão do setor privado e, de outro, as resistências que o próprio setor privado manifesta diante de sua "subordinação" crescente ao Estado, criticando a "estatização".

Tais resistências se explicam pelo fato de que o INPS, constituindo-se como grande comprador, atua como um regulador de preços. Nesse sentido, tendo sua expansão dependente em grande parte da Previdência Social, a medicina não é um setor capitalista como qualquer outro. Estruturando -

-se em estreita dependência do Estado, pela maciça transferência de recursos e pelo fato de que sua clientela - artificialmente garantida pelo Estado por intermédio das contribuições compulsórias - é constituída na maior parte pela população trabalhadora, representa um setor capitalista cuja especificidade consiste em desempenhar ao nível do processo produtivo papel análogo ao dos setores que produzem bens de consumo dos assalariados, que constituem a base do consumo dos trabalhadores.

Assim, é a classe trabalhadora em geral, através da Previdência Social, a grande compradora e consumidora de serviços médicos do país. Contudo, se todos os trabalhadores arcam com o ônus do desconto compulsório em seus salários, nem todos têm acesso aos serviços médicos previdenciários: segundo declarações do próprio presidente do INPS em 1976 (ver Souto, 1976), "apenas 50% dos contribuintes beneficiam-se da assistência médica do Instituto." Mesmo os que têm acesso aos serviços os recebem de maneira diferenciada, de acordo com a sua vinculação à estrutura produtiva.

O sentido da diferenciação no acesso dos distintos segmentos da população trabalhadora à medicina previdenciária deve ser buscado nos determinantes da diferenciação interna à própria estrutura do "complexo previdenciário", ou seja, da articulação entre medicina pública e medicina privada, o que veremos a seguir.

O COMPLEXO PREVIDENCIÁRIO

Denominamos "complexo previdenciário" o conjunto de atividades médico-assistenciais desenvolvidas pelo sistema próprio e pelo sistema contratado da Previdência Social.

Sua cobertura abrange teoricamente hoje, entre beneficiários e dependentes, cerca de 55 milhões de pessoas, das quais - segundo as informações oficiais a que nos referimos anteriormente - apenas metade tem acesso à assistência médica disponível. As Tabelas CX, CXI e CXII mostram a composição da população previdenciária e a proporção de consultas e internações realizadas em diferentes anos.

A análise do complexo previdenciário no que diz respeito à assistência médica deve tomar como ponto de partida as diferentes lógicas dos três subsistemas de prestação de serviços que o compõem: o sistema próprio e como parte do sistema privado contratado, os subsistemas credenciados (credenciamento de hospitais e clínicas por U.S.) e conveniado (pré-pagamento).

a. Sistema Próprio

O sistema próprio, que compreende os hospitais próprios e os postos de assistência médica do INAMPS, funciona segundo as características gerais de atuação dos serviços ambulatoriais e hospitalares do setor público, ou seja, atua em atividades e condições que apresentam um custo operacional mais alto.

O sistema próprio opera com pessoal em média mais qualificado, em hospitais de maior porte, mantendo equipamento de alta especialização. A remuneração dos profissionais é mensal, de acordo com um salário pré-fixado pe-

DADOS GERAIS SOBRE O COMPLEXO PREVIDENCIÁRIO

TABELA CX

RELAÇÃO CONSULTA/BENEFICIÁRIO E INTERNAÇÃO/BENEFICIÁRIO
BRASIL, 1975

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

FONTE : INPS, Secretaria de Assistência Médica, in Meneses (1976)

TABELA CXI

ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS E DE CONSULTAS
BRASIL, 1975 - 1979

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

FONTE : INPS, Secretaria de Assistência Médica, in Meneses (1976)

MOVIMENTO AMBULATORIAL E HOSPITALAR NO CONJUNTO

DO COMPLEXO PREVIDENCIÁRIO

BRASIL, 1971 / 1975

TABELA CXII

Especificação	1971.		1972		1973		1974		1975.	
	Nº de casos	Ac. %	Nº de casos	Ac. %	Nº de casos	Ac. %	Nº de casos	Ac. %	Nº de casos	Ac. %
1. Serviço Ambulatorial										
1.1. - Consultas	47.799.459	-	51.231.079	7	52.258.910	2	55.384.627	6	80.025.930	44
1.2. - Serviços diversos	32.644.414	-	40.325.320	24	42.696.649	6	46.403.526	9	60.478.930	30
2. Internações hospital										
2.1. - Clínica médica	1.139.872	-	1.406.181	23	1.626.827	16	1.810.047	11	2.301.102	27
2.2. - Cirurgia	705.509	-	794.676	13	806.443	1	860.959	7	1.192.236	38
2.3. - Obstetrícia	921.541	-	1.013.333	10	1.066.827	5	1.181.572	11	1.411.426	19
2.4. - Psiquiatria	138.512	-	162.183	17	176.636	9	197.699	12	224.648	14
2.5. - Tisiopneumologia	26.155	-	29.533	13	31.318	6	32.425	4	35.978	11
2.6. - Emerg.n/segurados	-	-	-	-	-	-	-	-	62.025	-
Total de internações	2.931.589	-	3.405.906	16	3.708.051	9	4.082.702	10	5.227.505	28

FONTE : INPS, Secretaria de Assistência Médica, in Meneses (1976)

-ra cada categoria.

A orientação do sistema próprio na assistência médica previdenciária obedece como vimos, às diretrizes estabelecidas pela Reforma Administrativa em 1967: a de que o setor público só deverá intervir em áreas em que o setor privado não possa atuar, quer por falta de condições, quer por implicar um custo operacional mais alto.

Com efeito, as condições acima definidas de atuação do setor público hospitalar foram confirmadas em recente investigação realizada em 200 hospitais da Guanabara, com o objetivo de recensear o pessoal de saúde nos hospitais. Trata-se de investigação conjunta realizada pelo Instituto Presidente Castelo Branco (IPCB) e pelo Programa Intensivo de Preparação de Mão de Obra (PIPMO), do Departamento de Ensino Médio do Ministério de Educação e Cultura (Sayeg et alii, 1974). A análise dos resultados do levantamento realizado revela a existência de acentuadas diferenças na utilização do pessoal, no porte e na destinação dos leitos, entre os hospitais do setor público e do setor privado.

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

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

Os dados revelam ainda que os hospitais do setor público absorviam quase três vezes mais profissionais de nível superior que os do setor privado. Os números constantes da pesquisa, relacionados a 100 leitos, indi-

-cam que o setor público empregava 35 profissionais de nível superior para cada 100 leitos, enquanto que o setor privado apenas 18 para cada 100, o que corresponde percentualmente a mais 94% de absorção. No que concerne aos enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos e assistentes sociais, estas diferenças são particularmente significativas.

Os dados da investigação indicam ainda maior absorção de pessoal qualificado por parte do setor público, uma vez que as ocupações de nível "intermediário" são em geral mais utilizadas pelo setor público, resultando em 35 por 100 leitos, em contraste com os 11 por 100 leitos do setor privado, o que representa 218% a mais. A estes dados se acrescentam outros mostrando que ao contrário, o setor privado absorve proporcionalmente maior contingente de mão de obra de nível "elementar", isto é, pessoal de pequena ou quase nenhuma preparação, numa razão 27% maior que o setor público.

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

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

Os serviços próprios de assistência médica do INPS, embora arquem com cerca de 57% do total de consultas realizadas a 4% das internações, contam (como vimos anteriormente na Tabela C) com apenas 9% do total do orçamento da previdência social para a assistência médica.

b. Sistema Contratado

Vimos no decorrer deste trabalho que o INPS adotou a política de compra de serviços de terceiros, com prioridade para este sistema, que se constitui em sua maior parte da rede privada de prestação de serviços, embora haja uma tendência mais recente no sentido de firmar convênios com hospitais universitários e com Secretarias de Saúde. Vimos anteriormente que para o sistema privado contratado vão mais de 90% dos recursos previdenciários. Os hospitais próprios ficaram neste esquema destinados à alta especialização e, eventualmente, a prestarem cobertura "em caráter supletivo, onde a capacidade instalada for totalmente insuficiente e os órgãos oficiais, municipais ou estaduais, e a comunidade, forem incapazes de suprir as necessidades da região" (3).

Do atual sistema contratado depende sem dúvida a assistência médica hospitalar do INPS. No entanto, esta dependência se estrutura sobre um sistema contratado de baixa qualidade, pois segundo Fessel (1977), a per-

(3) Ver Fessel (1977).

-centagem dos hospitais que atingiram a primeira e segunda categoria de pois de classificados na Portaria SAMES - 8/74 ainda é muito reduzida , restringindo-se a 30%. Este dado é de extrema importância quando se considera que a quase totalidade (96%) da assistência médica hospitalar do sistema é prestada por terceiros.

Vemos na Tabela CXIII que os serviços contratados vêm tendo uma participação crescente na prestação de assistência médica da Previdência Social, respondendo por 45% das consultas ambulatoriais e 96% das internações.

O sistema contratado se estrutura de 2 formas: credenciamento e convênios. O credenciamento é feito com casas de saúde e hospitais cujo pagamento é por unidade de serviço, com exceção de fisiologia e psiquiatria, em que o contrato é global por diária. Os convênios são na maior parte dos casos feitos com empresas industriais e comerciais que contratam empresas médicas de grupo e cooperativas médicas. Uma visão global da capacidade instalada do "complexo previdenciário" e do volume de atendimentos que realiza, tanto em sua rede própria como na contratada é apresentada na Tabela CXIV. Os recursos humanos disponíveis nos sistemas próprios e contratado encontram-se relacionados na Tabela CXV.

Cabe agora analisar as diferentes formas que os serviços contratados assumem no interior do "complexo previdenciário".

TABELA CXIII

PREVIDÊNCIA SOCIAL URBANA

SERVIÇOS PRESTADOS E METAS PARA 1976.

A t i v i d a d e s		Serviços prestados		Metas para 1976
		1974	1975	
Área de assistência médica				
Consultas Médicas	Serviços próprios	44.258.192	45.869.643	55.117.400
	Serviços contratados	11.126.435	34.156.187	41.042.600
Atendimento odontológico		6.360.844	6.953.257	8.269.100
Internações Hospitalares	Hospitais próprios	176.662	222.325	243.767
	Hospitais contratados	3.906.040	5.005.180	5.550.696

FONTE : INPS, Secretaria da Assistência Médica, in Menses (1976)

TABELA CXIV

CAPACIDADE INSTALADA E PRODUÇÃO
DO COMPLEXO PREVIDENCIÁRIO
BRASIL, 1978

REDE AMBULATORIAL	Nº CONSULTÓRIOS	Nº DE CONSULTAS	
PRÓPRIA DO INAMPS	8.100	<u>43.308.000</u>	<u>42,0</u>
CONTRATADA	(n.d.)	<u>59.913.000</u>	<u>58,0</u>
HOSPITAIS, CLÍNICAS E MÉDICOS CREDENCIADOS	9.143	37.382.000	36,2
CONVÊNIOS COM EMPRESAS E OUTROS	(n.d.)	22.531.000	21,8
SUB-TOTAL	(n.d.)	103.221.000	100,0
REDE HOSPITALAR	Nº DE HOSPITAIS	Nº DE INTERNAÇÕES	
PRÓPRIA DO INAMPS (LEITOS)	41 (10.345)	<u>190.010</u>	3,3
CONTRATADA	(n.d.)	<u>5.558.440</u>	<u>96,7</u>
HOSPITAIS CONTRATADOS (LEITOS)	3.130 (181.700)	4.888.300	85,0
INTERNAÇÕES POR CONVÊNIO	(n.d.)	670.140	11,7
SUB-TOTAL	(n.d.)	5.748.450	100,0

FONTE: Aguiar, N.(1978)

(*) (n.d.) - não disponível.

TABELA CXV

O SISTEMA PREVIDENCIÁRIO: RECURSOS

HUMANOS DISPONÍVEIS

BRASIL, 1976

RECURSOS	SERVIÇOS PRÓPRIOS	SERVIÇOS CREDENCIADOS
<u>AMBULATORIAIS</u>		
Médicos	19.179	12.314
Dentistas	1.484	2.200
Laboratórios	(n.d.)	1.990
Radiologistas	(n.d.)	872
Outros membros das equipes de saúde	12.615	(n.d.)
<u>HOSPITALARES</u>		
Médicos	3.421	(n.d.)
Outros Membros da equipe de Saúde	9.477	(n.d.)

FONTE: INPS, Secretaria de Assistência Médica, in Meneses (1976).

b.1. Sub-Sistema credenciado (pagamento por unidade de serviço)

Os contratos com casas de saúde e hospitais privados para atendimento direto dos beneficiários constituem a maior parte do sistema credenciado: esta modalidade de contrato se estabelece no esquema do INPS de pagamento por unidade de serviço. Existem tabelas definindo o montante de U.S. por tratamento adotado, e o pagamento é feito pelo número de serviços realizados. Aqui, o sistema de pagamento leva a sérias distorções, como no caso do parto cirúrgico, melhor contemplado na tabela de honorários por unidade de serviços do que o parto normal, levando a resultados como os de uma pesquisa realizada pelo próprio INPS na Guanabara⁽⁴⁾ em que o coeficiente de cesarianas na rede privada contratada chegava a mais de 30%, enquanto que a proporção prevista pela Organização Mundial de Saúde é de 5% do total de partos. A lógica do sistema de pagamento por unidade de serviço consiste assim em realizar um número cada vez maior de intervenções cirúrgicas, enquanto que nos convênios de pré-pagamento - como veremos mais adiante - o princípio é ao contrário o de restringir a um mínimo as intervenções para reduzir os custos, elevando assim os lucros.

A Tabela CXVI mostra como se distribuíam as internações em 1976 e sua estimativa para os anos subsequentes. É importante destacar que de acordo com informações oficiais do próprio Secretário de Bem-Estar do INPS (Vital, 1977), cerca de 40% destas internações hospitalares eram de crianças, motivadas em boa parte, por doenças infecto-contagiosas e pela desnutrição.

O pagamento aos hospitais é feito atualmente pelo sistema de contas hospitalares da DATAPREV. A Tabela CXVII mostra como estas contas se distribuem pelos diferentes Estados: uma informação importante, porém não disponi-

(4) Dados publicados por Gentile de Mello (1977), cujo trabalho apresenta uma ampla análise das distorções provocadas pelo sistema de pagamento por unidade de serviço.

-vel, seria a correspondente distribuição dos recursos destinados aos hospitais nas diferentes regiões do país.

A partir de 1976, a transferência de recursos a este setor passou a se dar também via atendimentos de urgência. Tendo seu início em maio de 1976, as urgências já representavam naquele mesmo ano, em todo o país, com apenas 7 meses de funcionamento - segundo os dados oficiais - cerca de 15% do total de consultas, como vemos na Tabela **CXVIII**. Contudo, em levantamento realizado em Campinas, constatamos que no município, embora houvesse uma estimativa oficial de que os atendimentos de urgências não deveriam ultrapassar 15% do total de consultas, ocorreu uma triplicação do número de urgências realizadas, que passaram de 75.133 em 1975 para 249.899 em 1976, superando em 100% o previsto. A Tabela **CXIX** mostra a importância crescente das urgências - por representarem uma maior transferência de recursos aos hospitais privados - assumiram no total de atendimentos, cuja expansão é favorecida pela dificuldade de se determinar com precisão quando se trata ou não de uma "urgência".

TABELA CXVI

ESTIMATIVA DO NÚMERO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES
QUANTO À SUA NATUREZA

Ano	População Beneficiária	Total (10,6% da população beneficiária)	I n t e r n a ç õ e s H o s p i t a l a r e s							
			C i r u r g i a + 23%			Obste- trícia 27%	Clínica Médica 44%	Tisio - pneumo- logia 1%	Psiquia- tria 5%	
			Total (100,0%)	Pequena (30 %)	Média (50%)					Grande (20%)
1976	54.700.000	5.794.463	1.349.231	404.769	674.616	269.846	1.574.956	2.572.248	42.164	255.884
1977	59.300.000	6.285.800	1.445.700	443.710	722.850	289.140	1.697.330	2.765.700	62.800	314.300
1978	63.900.000	6.773.400	1.557.900	467.370	778.950	311.580	1.826.800	2.980.300	67.700	338.700
1979	68.500.000	7.261.000	1.670.000	501.000	835.000	334.000	1.960.500	3.194.800	72.600	363.100
1980	74.300.000	7.875.800	1.811.500	543.450	905.750	362.300	2.126.500	3.465.300	78.700	393.800

FONTE : INPS, Secretaria de Assistência Médica, in Fessel (1976)

TABELA CXVII

DISTRIBUIÇÃO DAS CONTAS PAGAS PELO INPS AOS HOSPITAIS

BRASIL, 1976

ESTADOS	Nº BENEFICIÁRIOS DO INPS	Nº DE CONTAS HOSPITALARES PAGAS.
Alagoas	627.284	8.800
Amazonas	562.110	4.500
Bahia	3.072.912	34.000
Ceará	1.814.534	18.500
Espírito Santo	765.092	9.500
Goiás	1.337.487	7.800
Maranhão	790.098	4.500
Mato Grosso	739.610	16.000
Minas Gerais	6.104.465	74.000
Pará	1.112.869	9.500
Paraíba	980.061	8.000
Paraná	2.690.842	34.000
Pernambuco	2.823.570	18.000
Piauí	589.736	5.500
Rio de Janeiro	7.803.735	114.000
Rio Grande do Norte	769.618	4.400
Rio Grande do Sul	3.518.684	47.000
Santa Catarina	1.319.105	21.000
São Paulo	14.904.692	252.000
Sergipe	403.344	4.500
Brasília	652.174	4.500
Brasil	53.422.222	700.000

FONTE: DATAPREV, Sistema de Contas Hospitalares, Projeto, 1976.

TABELA CVIII

ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS MÉDICAS E ODONTOLÓGICAS

BRASIL, 1976

Especificação	População Urbana	População Beneficiária	Número de Consultas	Urgências
BRASIL	67.296.900	53.422.222	96.160.000	14.474.000
Alagoas	790.200	627.284	1.135.05	170.258
Amazonas	708.100	562.110	1.009.358	151.404
Bahia	3.871.000	3.072.912	5.558.939	863.840
Ceará	2.285.800	1.814.534	3.270.182	490.527
Rio de Janeiro	9.830.500	7.803.735	14.127.785	2.119.168
Capital	-	-	-	-
Interior	-	-	-	-
Espírito Santo	963.800	765.092	1.370.617	205.593
Goiás	1.735.245	1.377.487	1.436.637	215.496
Maranhão	995.300	790.098	1.419.156	212.873
Mato Grosso	931.700	739.610	1.321.980	198.297
Minas Gerais	7.689.900	6.104.465	11.022.850	1.653.428
Pará	1.401.900	1.112.869	2.002.992	300.449
Paraíba	1.234.600	980.061	1.777.876	266.681
Paraná	3.389.700	2.690.842	4.809.856	721.478
Pernambuco	3.556.900	2.823.570	5.101.285	765.193
Piauí	742.900	589.736	1.054.869	158.230
Rio Grande do Norte	969.500	769.618	1.382.044	207.307
Rio Grande do Sul	4.432.800	3.518.884	6.372.773	955.916
Santa Catarina	1.661.700	1.319.105	2.363.176	354.476
São Paulo	18.775.700	14.904.692	26.735.333	4.010.300
Sergipe	508.100	403.344	732.187	109.828
Distrito Federal	821.555	652.174	2.155.054	323.258

OBS : Custo médio do atendimento de urgência médica e odontológica
Cr\$ 56,00 (Valor corrente)

FONTE : INPS, Secretaria de Assistência Médica, in Meneses (1976)

TABELA CXIX

ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA COMO
PROPORÇÃO DO TOTAL DO ATENDIMENTO

AMBULATORIAL - CAMPINAS

1975, 1976 e 1977

A n o	Total de Consultas Ambula- toriais (próprios + con- tratados + urgências)	Total de Urgências	% De Urgências Sobre o Total De Atendimentos
1975	816.830	75.138	9,2
1976	997.814	240.899	25
1977	1.233.917	500.994	40,6

FONTE : INAMPS, CAMPINAS

b.2. (Sub-Sistema conveniado)

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

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

Contudo os grupos médicos, da mesma forma que os hospitais, tendem pela sua relação com as empresas industriais e comerciais a se concentrar nas regiões mais industrializadas e urbanizadas no país, conforme os dados do II Congresso da ABRAMGE (Associação Brasileira de Medicina de Grupo) realizado em 1974, apresentados na Tabela CXXI.

Como se trata de um sistema pré-pagamento, as empresas médicas definem alguns critérios para a celebração dos convênios: empreendem rigorosos estudos da população a ser coberta, verificando as condições de alimentação, saneamento e trabalho, procurando escolher a mão de obra de melhor poder aquisitivo e de menor idade, o que implica um número menor de dependentes. Buscam, portanto, empregados com melhores condições de

TABELA CXX

DISTRIBUIÇÃO DOS CONVÊNIOS DO INPS

SEGUNDO A MODALIDADE

EMPRESAS	3.131
SINDICATOS	418
UNIVERSIDADES	15
PREFEITURAS MUNICIPAIS	13
GOVERNO ESTADUAL	21
DEMAIS ENTIDADES	55
TOTAL	3.654

FONTE: INPS, Secretaria de Assistência Médica, in Menezes (1976).

TABELA CXXI

GRUPOS EMPRESARIAIS MÉDICOS EM AÇÃO NO BRASIL CADASTRADOS OFICIAL-
-MENTE PELO INPS NAS DIFERENTES REGIÕES

BRASIL, 1974

REGIÃO	Nº GRUPOS MÉDICOS	EMPRESAS CONTRATANTES	Nº DE ASSISTIDOS
BELO HORIZONTE	6	50	200.000
ex-GUANABARA	11	585	400.000
PORTO ALEGRE	2	210	85.000
RECIFE	11	310	120.000
SALVADOR	2	190	120.000
S.PAULO (capital)	100 "registrados oficialmente"	1.500	2.500.000
INT. DE S.PAULO	4	(não consta)	100.000

FONTE: ABRAMGE, II Congresso, Anais, 1974.

saúde, que acionarão menos os serviços médicos, e quando o fizerem, dificilmente seu tratamento será oneroso. Muitos destes grupos investem em medidas de caráter preventivo, como imunização e educação sanitária, evitando desta forma o ônus de freqüentes consultas médicas e internações, com uma política de combate à cronicidade das patologias em geral. Os convênios são de preferência realizados com firmas que detêm em média, uma mão de obra mais especializada, com salário médio superior, tais como as indústrias de maior porte, bancos e grandes empresas comerciais, como se pode ver na Tabela CXXII que mostra a relação das empresas com as quais o INPS firmou convênio em Campinas.

Embora o Plano de Pronta Ação (1974) estabeleça que "as empresas de médio e pequeno portes poderão celebrar convênios, quando constituídas em grupo e representadas por um elemento pelas mesmas eleito e credenciado com plenos poderes para firmar o convênio e responsabilizar-se por sua execução e pelos aspectos de ordem econômica e financeira", a verdade é que a maior parte dos convênios é firmada por empresas de grande porte.

Quando analisamos os convênios realizados pelo INPS com empresas, tanto para assistência médica em geral quanto para o atendimento de acidentados do trabalho, constatamos no que eles são realizados por empresas de grande porte, em geral multinacionais, através das empresas médias do grupo, como se pode ver na própria Tabela que apresenta os dados do INPS para Campinas.

Como bem revela o trecho do discurso do então vice-presidente da ABRAMGE - Dr. Flavio H. Poppe de Figueiredo - ao Simpósio Brasileiro de Medicina de Grupo realizado em 1972 em São Paulo, e medicina de grupo a-

TABELA CXXII

CONVÊNIO - EMPRESA EM CAMPINAS - 1978

População abrangida pelos convênios : 78.006 (Nº de empregados x 3)

Nº de empregados cobertos : 26.002

Empresas médicas	Empresas convenientes	Nº em pregados	Nº bene- ficiários
SAMCIL (12 empresas)	1. Ashland Otilub I. Química S/A	(n.d.)	(n.d.)
	* 2. B.F. Goodrich do Brasil S/A	673	2.019
	* 3. Banco Samerindus do Brasil S/A	52	156
	4. Coca Cola Indústrias Ltda	208-AT	624-BN (2)
	* 5. Empresa Bras. Correios e Telégraf	461	922
	* 6. General Electric S/A	2.016-AT	6.048
	7. Henkel do Brasil I. Química Ltda	638	1.914
	8. Hosp. e Matern. Stº Antonio S/A	320-AT	960
	9. Inst. Veterinário Rhodia Merrieux S/A	204-AT	612-BN
	10. Laticínios Poços de Caldas	(n.d.)	(n.d.)
	* 11. Pirelli S/A Cia Ltda Ind. Bras.	1.650-AT	4.950-BN
	12. Rhodia Ind. Quím. e Textil S/A	1.755-AT	5.265-BN
Sub - Total		7.977	23.470
UNIMED (20 empresas)	1. Banco Ler Brasileiro S/A	54	162-BN
	2. Cargo-Van Ind. Com. Ltda	109	327
	3. Cia de Alimentos Chambourcy	56-AT	168-BN
	4. Cia Leco Produtos Aliment.	323	969
	5. Donald Graber e Cia Ltda	305	915
	6. Duratex S/A Ind. e Com.	406-AT	1.218
	7. El-Con Ind. e Com. Mat. Elet.	302	906
	8. Equipamentos Clark S/A	3.027-AT	9.081-BN
	9. First National City Bank of New York	89-AT	267-BN
	10. Hewlett Packard do Brasil Ind. e Com. Ltda	70	210
	* 11. Kosbla S/A	158	474
	12. Olmos Veículos e Serviços Ltda	82-AT	246-BN
	13. Robert Bosch do Brasil Ltda	6.154-AT	18.462-BN
	14. Sears Roebuck S/A-Com. e Ind.	249	747-BN
	15. Silmar Mercantil Veículos Ltda	88-AT	264-BN
	16. Stump e Schuelle do Brasil Ind. Com. Ltda	395-AT	1.185
	17. Texas Instrumentos Eletrônicos do Brasil	694-AT	2.082-BN
	18. Torneo Tornearia e Mecânica de Precisão	144-AT	432-BN
	19. 3 M do Brasil	1.776-AT	5.328-BN
	20. Wabco do Brasil Equip. Ltda	257	771
Sub - Total		14.738	44.214

		Nº de Empreg.	Nº de Benef.
MEDICAMP (11 empresas)	1. Boston Distribuidora de Títulos e Valores Mobil.Ltda	6	18
	2. Boston S/A Adm. e Empreend.	4	12
	* 3. Cia Nacional Armazéns Gerais Alfandegários	100	300
	* 4. Comabra Cia Alim.Brasil S/A	22 AT	66
	* 5. Eletroradiobrez S/A	121	363
	6. Johnson e Johnson S/A Ind.Com	84	252
	* 7. Kibon S/A Ind.Alimentícias	69	207 BN
	* 8. Liquigás do Brasil S/A	132	396
	* 9. Mercedes-Benz do Brasil S/A	132 AT	396
	* 10. Supermercados Pão de Açúcar S/A	118	354
	11. The First National Bank of Boston	67	201
Sub-Total		855	2.565
CONVÊNIO COM EMPREGADORES SEM ESPECIFICAÇÃO DE EMPRESA MÉDICA (9 empresas)	1. The First National Bank of Boston	67	201
	2. Cia Mercantil Vidros Planos	65	195
	* 3. I.V. Franco Material de Construção S/A	4	12
	4. Moore Formulários Ltda	6	18
	5. Nativa Industrial	496	1.438
	6. Rhodiaco Ind.Quím.Ltda	155	465
	7. Segecal-Calderaria Mont.	108	324
	8. Sigla S/A-Equip.Elétr.	171	513
	9. W.A.DIAN Cia Ltda	105	315
Sub-Total		1.177	3.531
TOTAL GERAL		24.747	74.241

* reembolsáveis em São Paulo, com controle de sua estatística de produção por São Paulo e não por Campinas.

Fonte : INPS, Agência Local de Campinas

Obs: Inclui também o SESI (Serviço Social da Indústria) 1187 empr. e 3.501 dep. e do SENAC (Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial) 68 empr. e 204 depend. de Campinas, cujo convênio com o INPS se realiza em Serviços Próprios, sem intermédio de empresas médicas.

(1) AT- Convênio para atendimento de acidentados de trabalho, além de assistência médica.

(2) BN- Convênio para concessão de benefícios, além da assistência médica. Os convênios acima relacionados são todos ambulatoriais e hospitalares, prevendo cobertura de todos os beneficiários, de acordo com a minuta padrão de convênios ODS SAM 399957/75 e BS/DG 36/75.

-tua em uma faixa bem delimitada do mercado:

"... pensamos que o futuro de nosso campo, na medicina brasileira, corresponda a uma aglutinação de 4 tipos de atendimento: o cliente particular, numa faixa especial e pequena da população; o seguro-saúde, para uma segunda faixa, de poder aquisitivo alto; em função dos nossos problemas sócio-econômicos, de nossa realidade nacional, o Grupo Médico atendendo a uma terceira faixa, toda ela ligada às empresas, seja na área industrial, seja na área commercial ou de serviços, com um atendimento de bom nível e, em última análise colaborando com o Instituto "ipso facto" com o Governo, numa situação de melhor mão de obra, com retorno rápido do funcionário ao trabalho, com o absenteísmo bastante diminuído e com uma produtividade nacional melhorada. E, finalmente, o Instituto, o Governo, a Secretaria de Estado que, com a evolução desses Grupos, terão diminuído a pletora ora existente, a massa de solici-
tantes que os asfixia, para procurarem melhorar os seus atendimentos em termos de qualidade, e até mesmo em termos de remuneração."

Segundo as informações do II Congresso da ABRAMGE, existe um grande número de grupos ainda não registrados no INPS. Enquanto o total de grupos médicos oficiais, que estabeleciam convênios via INPS em 1974 era de 136, cobrindo 2.845 firmas empregadoras num total de 3.485.000 assistidos, o número total de assistidos em convênios diretos sem a intermediação do INPS (os chamados convênios não-homologados) entre as empresas e os grupos médicos, era de cerca de 2.500.000, o que perfazia naquele ano um total de 6 milhões de
pessoas assistidas sob a responsabilidade de grupos empresariais médicos.

Em outubro de 1976, a ABRAMGE declarava à imprensa ⁽⁵⁾ ter atingido, e-

(5) Diário de Notícias, Rio de Janeiro, 6 de outubro de 1976. "Medicina de Grupo atende a 5 milhões".

-través dos convênios com empresas, 35 por cento dos beneficiários do INPS na Grande São Paulo e 10 por cento no interior do Estado, o que significava em termos globais de atendimento uma cobertura de 22 por cento da população paulista. Segundo o ABRAMGE, "com isso 5 milhões de pessoas deixaram de utilizar o serviço do INPS, dando preferência a este sistema de atendimento".(sic).

Sabe-se que na verdade não se trata de uma questão de "preferência" do usuário, pois o INAMPS-uma vez firmado o convênio - deixa de ser responsável pelo atendimento do trabalhador, que passa a ser de responsabilidade da firma empregadora e da empresa médica com a qual esta estabelece o convênio. Quando o empregado coberto pelo convênio-empresa tenta recorrer ao INAMPS, não é atendido em seus ambulatórios próprios porque o convênio-empresa está registrado em sua carteira profissional.

A Tabela CXXIII mostra que a disparidade entre as diferentes regiões do país na cobertura aos previdenciários é evidente. Os grupos médicos em São Paulo cobrem cerca de um quarto dos beneficiários da previdência, com uma proporção de cerca de 1.100 beneficiários por grupo médico, o que dá bem a medida da concentração de recursos na região. A concentração em São Paulo é ainda bem maior do que os dados existentes permitem entrever, uma vez que existem grupos médicos em convênio direto com as empresas e, portanto, não registrados pelo INPS.

Em 1973, já existiam em São Paulo - segundo dados apresentados no Simpósio Nacional de Assistência Médica realizado naquele ano em Brasília⁽⁶⁾ cerca de 100 empresas médicas que se expandiram através da política de convê-

(6) Câmara dos Deputados, Comissão de Saúde - Anais do Simpósio Nacional de Assistência Médica Previdenciária, 18 a 21 de junho de 1973, Brasília.

TABELA CXXIII

DISTRIBUIÇÃO DOS CONVÊNIOS - EMPRESA
PELOS DIFERENTES ESTADOS E
PERCENTAGEM DOS BENEFICIÁRIOS
DO INPS COBERTOS

- Brasil, 1976 -

Estados	Total de Beneficiários do INPS	Nº de convênios/empresa	Beneficiários cobertos por convênios	% do total de beneficiários
Alagoas	527.284	4	4.173	0,7
Amazonas	562.110	9	16.915	3,0
Bahia	3.072.912	139	69.686	2,3
Ceará	1.814.534	15	3.944	0,2
Espírito Santo	765.092	22	6.634	0,9
Goiás	1.377.487	-	-	-
Maranhão	790.098	-	-	-
Mato Grosso	739.610	16	5.808	0,8
Minas Gerais	6.104.465	117	128.968	2,1
Pará	1.112.669	4	22.137	2,0
Paraíba	980.061	1	780	0,08
Paraná	2.690.842	268	121.947	4,5
Pernambuco	2.823.570	270	217.207	7,7
Piauí	569.736	-	-	-
Rio de Janeiro	7.803.736	244	607.349	7,8
Rio Grande Norte	769.618	7	4.744	0,6
Rio Grande Sul	3.518.884	148	84.883	2,4
Santa Catarina	1.319.105	11	19.655	1,5
São Paulo	14.904.692	3.145	3.453.274	23,2
Sergipe	403.344	2	790	0,2
Brasília	652.174	1	3.462	0,5
Brasil	53.422.222	4.423	4.772.256	

FONTE : Elaborada a partir de dados do INPS, Informe INPS, Agosto 1977 e DTAPREV, Cadastro de Contribuintes, revista Dados, v.2, nº 1, agosto/setembro 1976.

-nios do INPS. No mesmo simpósio foi apresentado estudo do próprio INPS tentando avaliar a atuação destas empresas médicas conveniadas: do total de empresas médicas que prestam serviços às empresas industriais e comerciais que mantêm convênio com o INPS, apenas 14% apresentava condições satisfatórias de atendimento.

Ainda no simpósio, que contou com a participação de representantes de Federação e Sindicatos de Trabalhadores de todo o país, os representantes sindicais fizeram severas críticas à proliferação destas organizações empresariais médicas e referiram-se ao memorial que haviam enviado na época ao Ministro do Trabalho sobre o problema.

Os convênios em geral exigem uma complementação por parte do empregador, uma vez que a parcela prevista pela tabela do INPS não é suficiente para cobrir os gastos. Alguns cobrem apenas uma parcela dos trabalhadores de uma empresa - em geral os de maior qualificação - deixando o restante dos trabalhadores sob cobertura do INPS. Os convênios com empresas médicas possibilitam uma racionalização do atendimento aos trabalhadores por parte da empresa, permitindo um rápido retorno da força de trabalho à produção, evitando que os mesmos tenham que recorrer às filas e à burocracia do INPS. Além disto, permitem um maior controle da mão de obra, já que as intervenções sobre esta são realizadas em comum acordo entre o empregador e a empresa médica, no que diz respeito tanto à seleção do pessoal para admissão (que do interesse de ambas deverá ser o mais saudável possível) quanto ao controle da concessão da licença para tratamento e abono de faltas (evitando nestes casos recorrer ao INPS, que tende a ser "benevolente"), além da opção por determinados tipos de tratamento.

É sob este aspecto do controle, realizado por duas empresas capita -

-listas em comum acordo no que diz respeito às intervenções sobre o trabalhador que deve ser analisado o convênio entre empresa e empresa médica, controle este que deve ser ainda maior naqueles casos em que o convênio é celebrado diretamente, sem intermediação do INPS.

OUTROS TIPOS DE CONTRATO

Convênios com casas de saúde particulares nas áreas de tisiologia e psiquiatria - aqui a modalidade de contrato é diferente. Trata-se do chamado contrato global em que o pagamento é feito por diária. Funcionam em esquema semelhante ao do sistema de pré-pagamento, de redução dos custos com um mínimo de intervenções.

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

Convênios com Universidades - Em 1977 existiam 25 hospitais universitários em convênio com o INPS. Trata-se do convênio MEC-MPAS, numa modalidade de contrato global em que o pagamento é feito por alta. Esta nova forma de convênio suprimiu, onde implantada, o regime de pagamento por unidade de serviço nos hospitais de ensino.

Convênios com Sindicatos - Em 1977, existiam 728 sindicatos em convênio, cobrindo 6.303.210 beneficiários, cuja distribuição é apresentada na Tabela CXXIV. Até 1975 os subsídios mensais por segurado - associado eram efe

TABELA CXXIV

SITUAÇÃO ATUAL DOS CONVÊNIOS COM SINDICATOS

Brasil, 1977

ESTADOS	Nº CONVÊNIOS	BENEFICIÁRIOS
Alagoas	17	57.732
Amazonas	17	43.902
Bahia	14	215.379
Ceará	5	92.586
Espírito Santo	11	68.937
Goiás	30	236.706
Maranhão	9	16.284
Mato Grosso	2	12.432
Minas Gerais	111	623.571
Pará	4	12.601
Paraíba	27	209.801
Paraná	26	262.713
Pernambuco	32	785.550
Piauí	-	-
Rio de Janeiro	67	819.747
Rio Grande do Norte	36	112.660
Rio Grande do Sul	140	841.455
Santa Catarina	66	121.521
São Paulo	103	1.696.728
Sergipe	8	19.470
Brasília	2	17.151
Acre	-	-
T o t a l	728	6.303.310

FONTE : Informe INPS, Agosto de 1977.

-tuados em diversos critérios, na base de remuneração da equipe de saúde do sindicato. A partir de então passaram a ser calculados de acordo com a capacidade anual de produção de serviços passíveis de serem realizados nas instalações do sindicato conveniente, traduzida em consultas médicas e odontológicas.

Em pesquisa que coordenamos nos sindicatos de Campinas⁽⁷⁾ a assistência médica e odontológica, mantida com recursos dos próprios sindicatos, representava 47% do total de gastos das entidades sindicais.

Com relação especificamente à prestação de serviços, foi possível constatar que os sindicatos, ainda que de forma heterogênea, cumprem um papel. Em boa parte dos casos os sindicatos, mesmo desconhecendo-o formalmente, tendem a atuar de acordo com as diretrizes gerais do Programa de Valorização da Ação Sindical, criado pelo Ministério do Trabalho em 1970. Em publicação oficial, o Anuário do Trabalho e da Previdência 1974 - 1975, de autoria do Dr. Armando de Brito, encontramos as seguintes justificativas para a implantação do referido Programa:

"Mantida em essência a mesma estrutura e organização sindical introduzidas nos primeiros anos do Governo Vargas, a partir de 1964 buscou-se fundamentalmente retificar abusos e distorções, estimulando-se as práticas de assistência social. Um mínimo de poder reivindicatório e um máximo de prestação de serviços passou a ser a palavra de ordem do Governo" (grifo nosso).

(7) Pesquisa de campo, parte da pesquisa Trabalho em Saúde, coordenada por Antonio Sérgio da Silva Arouca e que contou com a participação de Aloísio Mercadante Oliva, Eduardo Pereira Nunes, Marcis Pereira das Neves e Virginia Ana Porto Pereira Nunes. Arouca et alii (1979).

Esta orientação geral vem apenas confirmar a referência feita por parte de alguns dirigentes sindicais de que os sindicatos estão se tornando "entidades beneficentes", deslocando o centro de suas preocupações para a prestação de serviços assistenciais.

O Programa de Valorização da Ação Sindical do Ministério do Trabalho, criado em 1970, consiste então em um projeto para estímulo ao sindicato de serviços, aglutinando várias medidas que permitem aos sindicatos instituir ou ampliar serviços sociais e assistenciais diversos. Através de convênios, dentre os quais o convênio com o INPS, foi facilitado aos sindicatos abrir ambulatórios médicos, obter doações de aparelhos e equipamentos médico-odontológicos, pequenas unidades hospitalares, doações de medicamentos, empréstimos financeiros a sindicalizados, organização de cursos de vários níveis, bolsas de estudos e colônias de férias, entre outros itens.

Diz ainda o Dr. Armando de Brito em seu Anuário:

"Claro que o associado se interessa mais pelo Sindicato que lhe presta uma gama maior de assistência e serviços, prestigiando aquelas entidades mais dinâmicas, a elas se associando de vez que a sindicalização é livre por lei".

Embora a prestação de serviços não se dê de maneira uniforme nos diversos sindicatos de Campinas, variando em intensidade e em qualidade de acordo com a categoria em questão, a verdade é que o assistencialismo representa uma considerável parcela das atividades sindicais no município. Os dados disponíveis revelam uma tendência cada vez maior no sentido de uma transferência da obrigatoriedade do Estado na prestação de serviços para as organizações sindicais, que passam a assumir também es-

-ta encargo.

Para alguns dirigentes sindicais entrevistados esta transferência é necessária na medida em que as atividades assistenciais se tornaram em boa parte dos casos a principal forma de atração dos associados, confirmando assim a afirmação do Dr. Armando de Brito.

A pesquisa nos sindicatos permitiu constatar que, hoje, as entidades sindicais constituem um prolongamento do Estado no que se refere à prestação de serviços, uma vez que a política adotada estimula os trabalhadores a procurá-los de maneira individual e apenas eventualmente, para enfrentar problemas e situações críticas de natureza assistencial. Esta situação se torna ainda mais evidente quando se trata especificamente da assistência médica e odontológica, em que os sindicatos, com os seus próprios e muitas vezes poucos recursos, acabam tendo que duplicar serviços com a Previdência Social, pelas deficiências que os serviços próprios e contratados do INAMPS apresentam no atendimento aos contribuintes.

*

Analisando globalmente as relações entre os diferentes subsistemas do complexo previdenciário, conforme as Tabelas CXXV e CXXVI, que permitem caracterizá-los quanto à proporção consultas/internações, vemos que o sistema próprio mais contratado, pelo alto volume de internações, estimulado pelo sistema de pagamento por unidades de serviço, apresenta uma relação de 12,3. Em contraste, o sistema conveniente, que por funcionar em regime de pré-pagamento persegue a redução dos custos de internação, registra uma relação consulta/internação de 56,9. Esta diferença sugere for

-temente que o volume de internações é determinado em boa parte pelo regime de pagamento de contratos e convênios estabelecido pelo INPS - embora certamente existam outras variáveis importantes. Dentre estas, podemos indicar as condições mais precárias de saúde dos beneficiários que recorrem ao sistema próprio do INPS e às casas de saúde contratadas em contraste com as melhores condições de saúde, em geral, dos trabalhadores das firmas que se servem dos convênios, tanto pelo rigor dos mecanismos de seleção profissional quanto pelas medidas preventivas e de controle adotadas pelos grupos empresariais médicos, no sentido de evitar internações que não sejam estritamente necessárias.

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

TABELA CXXV

COMPARATIVO DE CONSULTA/INTERNAÇÃO
BRASIL, 1975

Prestadores de Serviço	Número de Consultas	Número de Internações	Relação cons. Internações
1. Próprios mais contratados	60.034.485	4.876.057	12,3
2. Convenientes	19.991.445	351.448	56,9
3. Total (1+2)	80.025.930	5.227.505	15,3

FONTE: INPS, Secretaria de Assistência Médica, in Meneses (1976).

TABELA CXXVI

DISTRIBUIÇÃO DA PRODUÇÃO DOS SERVIÇOS

PRÓPRIOS, CREDENCIADOS E CONVÊNIOS

BRASIL, 1975

1975	CONSULTAS	INTERNAÇÕES	REL. CONSULT/INT.
SERVIÇOS PRÓPRIOS	45.869.643 (57,3)	222.325 (4,2)	206,3
CREDENCIADOS (V.S.)	14.164.842 (17,7)	4.703.732 (90,0)	3,8
CONVÊNIOS (PRÉ-PAGAMENTO)	19.991.445 (25,0)	301.448 (5,8)	66,3
TOTAL	80.025.930 (100,0)	5.227.505 (100,0)	15,3

FONTES: Elaborada a partir de dados do Programa de Ação para o INPS 1975 - Resultados - MPAS/INPS e INPS, Secretaria de Assis - tência Médica, in Meneses (1976).

Distribuição dos recursos pelos diferentes subsistemas do "Complexo Previdenciário"

A grande dificuldade que se coloca a qualquer pesquisa que se proponha aprofundar o estudo do chamado "complexo previdenciário" consiste na precariedade dos dados trazidos a público pela Previdência Social, em particular no que diz respeito à distribuição dos recursos que transfere aos diferentes grupos empresariais da medicina, além da já referida limitação quanto à possibilidade de avaliação das condições de morbidade e mortalidade da população previdenciária submetida às diversas modalidades de prestação de serviço.

Tais limitações transformam o trabalho de coleta de dados em um verdadeiro "quebra-cabeças", pela necessidade de agregar informações distintas de fontes distintas para diversos anos. Esta situação se revela absurda quando se constata que a Previdência Social dispõe hoje de um sofisticado sistema de computação - a DATAPREV - que processa uma quantidade considerável de informações sobre a "massa segurada", cujo acesso aos dados brutos bem como a análise do sistema de coleta constitui hoje um patrimônio exclusivo dos órgãos governamentais. As informações de que a Previdência Social hoje dispõe permitiriam o cruzamento de uma grande variedade de dados referentes às condições de saúde da população coberta, acidentes do trabalho, benefícios e auxílios concedidos, assistência médica ambulatorial e hospitalar, ocupação e emprego, para as diversas regiões do país.

Contudo, à população previdenciária, contribuinte do sistema, são apenas concedidos (quando solicitados) precários folhetos instrutivos sobre os benefícios a que tem direito. Na maior parte dos casos, restam-lhe somente as esparsas e fragmentadas informações transmitidas pelos meios de comunicação, a partir dos quais é bastante difícil ter-se uma visão integrada da destinação dos recursos. Na medida em que constitui um direito do contribuinte e por

este deve ser reivindicado, o acesso à informação se constitui numa questão política e como tal merece ser tratado, levando à exigência de uma prestação detalhada de contas sobre a destinação dos recursos de contribuição compulsória, viga mestra da receita do sistema.

Visando suprir de alguma forma esta lacuna recorreremos aos dados disponíveis da pesquisa de campo que coordenamos em Campinas⁽⁸⁾. Embora limitados, por se referirem às condições específicas em que se dá a transferência dos recursos previdenciários ao setor privado de um único município, julgamos oportuno divulgá-los, pois constituem um bom exemplo de como deveriam ser divulgadas as informações referentes à estrutura financeira do complexo previdenciário.

Os dados do INPS de Campinas revelam, como mostra a Tabela CXXVII, que em 1976 as internações realizadas no município pelos hospitais privados representaram um custo para o INPS de Cr\$ 156.924.136,00, ou seja, 61,4% do total do orçamento da Agência Local destinado naquele ano à assistência médica.

O município apresenta portanto na rede privada subsidiada pelo INPS, a espantosa proporção de uma internação para menos de 4 consultas, o que indica um número excessivo de internações, certamente desnecessárias, pelas distorções do sistema de pagamento por unidade de serviço. Outro dado importante a assinalar é que o custo da consulta ambulatorial para o INPS é bem menor na rede própria que na rede contratada: esta última, para realizar cerca de metade das consultas realizadas pelos serviços próprios consumiu, como se pode ver na Tabela CXXVIII o dobro dos recursos dispendidos com aten

(8) Arouca et alii (1979).

TABELA CXXVII

DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS DO INPS, COM ASSISTÊNCIA
MÉDICA, NAS REDES PRÓPRIAS E PRIVADAS
CAMPINAS, 1976.

SERVIÇOS	CONSULTAS	Cr\$	INTERNAÇÕES	Cr\$
PRÓPRIOS	647.809	27.157.353,00	-(*)	--
CONTRATADOS ⁽¹⁾	342.536	53.069.118,00	93.581	156.924.136,00
TOTAL	990.345	80.226.471,00	93.581	156.924.136,00

FONTE: INPS, Agência Local de Campinas.

() Sistema de pagamento por unidade de serviço e convênios.

(*) Não há hospital próprio do INPS em Campinas.

TABELA CXXVIII

DESPESA TOTAL COM ASSISTÊNCIA MÉDICA

INPS CAMPINAS

1976

		VALOR EM Cr\$
SERVIÇO AMBULATORIAL		
(assist. ambulat., outros	PRÓPRIO	27.157.353,00
serv. compl. diag. serv.	CONTRATADO	53.069.118,00
compl. terap.)		
INTERNAÇÕES		
	CIRURGIA	56.333.185,00
	CLÍNICA	66.227.125,00
	OBSTETRÍCIA	23.528.474,00
	PSIQUIATRIA	10.835.352,00
REEMBOLSO DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES*		8.723.640,00
CONVÊNIOS		
	SINDICATOS	1.220.091,00
	EMPRESAS **	8.077.960,00
	(reembolsáveis em Campinas)	
TOTAL		255.172.298,00

*- pessoas que são atendidas em hospitais não contratados e depois pedem reembolso ao INPS.

** -As empresas reembolsáveis em São Paulo, num total de 13 das 43 empresas convenadas, foram reembolsadas em 1976 pelo INPS no valor de Cr\$ 2.614.704, totalizando assim juntamente com o valor reembolsado em Campinas, um custo para o INPS de Cr\$ 10.692.664,00.

FONTE: INPS, Agência Local de Campinas.

-dimento ambulatorial pelo sistema.

Ambas as Tabelas mostram um quadro geral da distribuição dos recursos previdenciários com assistência médica naquele ano, no município.

Tendências atuais da expansão da medicina privada no complexo previdenciário

A crise por que passaram os hospitais credenciados pelo INPS em diversos Estados no início de 1977, devido ao não pagamento pela Previdência Social das contas hospitalares devidas, teve ampla repercussão na imprensa, com ameaças dos hospitais de entrarem em greve e recusarem-se ao atendimento de previdenciários. Após a ameaça de colapso, as dívidas foram em grande parte salgadas em março do mesmo ano.

Segundo denúncia do presidente da Federação Brasileira de Hospitais (FBH)⁽⁹⁾ as principais dívidas atingiam um total de 1,8 bilhão de cruzeiros, nos Estados de São Paulo (700 milhões), Rio de Janeiro (400), Minas Gerais (350), Santa Catarina (200), Bahia (100) e Espírito Santo (50).

Naquele mesmo ano, a crise financeira da assistência médica previdenciária atingia seu ponto máximo: com uma previsão de despesas para 1976 de cerca de 15 bilhões de cruzeiros na área de assistência médica, o INPS estourava seu orçamento atingindo uma despesa de 24 bilhões de cruzeiros.

Em julho de 1976, o INPS já havia decidido parar sua política de expansão no credenciamento da rede privada hospitalar. Instituiu ao mesmo tempo os atendimentos de urgência que em 1976 já respondia, como vimos, por cerca de 15% do total de consultas.

Registrou-se no início de 1977 um intenso debate pela imprensa: de um lado a Previdência Social referia-se aos excessos cometidos, denunciando

(9) Revista Visão, 4 de abril de 1977, "Previdência x Hospitais, o que muda na assistência médica".

-do 600 mil internações desnecessárias realizadas em todo o país pelos hospitais credenciados e, de outro, os hospitais, denunciando as dívidas, acusavam a Previdência de pretender a estatização da medicina.

No bojo da crise foi anunciada a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), absorvendo os serviços da assistência médica do INPS, FUNRURAL, IPASE, SASSE e LBA.

A unificação do INAMPS representava, além da incorporação à assistência médica do INPS da receita dos demais órgãos previdenciários, subordinando-os à sua política de racionalização de gastos, uma tendência clara da Previdência Social no sentido de reorientar sua política de compra de serviços ao setor privado.

Tentando reduzir a dependência da rede hospitalar privada em relação à Previdência Social, o INAMPS passou gradativamente a privilegiar a política de convênio-empresa sobre o pagamento por unidade de serviço, o que significa um custo operacional menor. Os dados apresentados na Tabela CXXIX indicam que ao longo do período compreendido entre 1975 e 1978 houve alterações significativas nos contratos de compra de serviços a terceiros. Embora não tenhamos acesso aos dados referentes ao volume de recursos transferidos pelo INAMPS ao setor privado, podemos constatar que no período considerado os contratos com hospitais privados passaram de 42,4% a 34,6% dos contratos, quando os convênios-empresa elevaram-se de 46,8% a 54,4% dos contratos.

Um outro indicador desta tendência foi apresentado anteriormente na Tabela CII, onde se pode ver que a compra de internações hospitalares aos hospitais credenciados (pagamento por unidade de serviço), que em 1975 representava 94% das internações compradas ao setor privado, apresentou em

TABELA CXXIX

VARIAÇÃO DOS CONTRATOS DE COMPRA

DE SERVIÇOS A TERCEIROS

BRASIL, 1975 e 1978

TIPOS DE CONTRATO (*)	1975 ⁽¹⁾	%	1978 ⁽²⁾	%
CONVÊNIO EMPRESA	3.096	46,8	4.929	54,4
OUTROS CONVÊNIOS	715	10,8	993	11,0
HOSPITAIS PRIVADOS	2.800	42,4	3.130	34,6
TOTAL	6.611	100,0	9.052	100,0

FONTES: (1) MPAS, INPS - Programa de Ação para o INPS, 1975, Resultados.

(2) MPAS, INPS - Estudos para a Implantação do INAMPS, Rio, fevereiro 1978. (Projeção).

(*) Não se inclui aqui credenciamento de consultórios, clínicas particulares e laboratórios.

1978 um decréscimo para 91,3% em favor das internações realizadas em convênio-empresa, que passaram de 6% a 8,7% do total, dobrando este setor privado o número absoluto de internações sob convênio com o INPS no período.

Esta reorientação na política de compra de serviços pela Previdência Social deve ser analisada à luz dos conflitos de interesse dos diferentes grupos empresariais médicos em sua disputa por fatias cada vez maiores no mercado.

Uma breve avaliação pelos usuários do sistema

No já referido Simpósio Nacional de Assistência Médica Previdenciária, realizado em 1973 em Brasília, as doze federações operárias de São Paulo enviaram à Câmara dos Deputados memorial traduzindo os pontos de vista dos trabalhadores a respeito dos serviços médicos prestados aos contribuintes da Previdência Social.

Além da crítica às empresas médicas de convênio, os trabalhadores divulgam no documento uma análise bem realista da situação e expressam com clareza a defesa de seus interesses, não se deixando iludir pelas teses reformistas de expansão da rede própria da Previdência Social ou pela possibilidade de unificação dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social. "Os serviços próprios da Previdência Social não devem ser ampliados nem continuar com os que existem, visto que não adianta ampliar ou continuar o que está errado. O que é necessário e urgente é a reformulação técnico-administrativa da Previdência Social, para que não persista o slogan de "quanto pior melhor".

Os trabalhadores manifestaram ainda a opinião de que todos os órgãos encarregados da assistência médica previdenciária devem ser integrados sob comando único, com representação de empregados e empregadores, devendo haver nas superintendências regionais idêntica representação.

Defendiam a tese de que o comando único com a representação prevista dessas órgãos (na época o INPS, o IPASE e o FUNRURAL) constituía a única forma viável sob o ponto de vista econômico. Observaram - com bastante clareza quanto aos seus interesses - que a LBA deveria ser vinculada ao Ministério da Saúde, "pois a assistência que concede não se restringe aos contribuintes da Previdência Social e sim, quando o faz, a todos os 'necessitados'".

Nada tem a ver com a Previdência Social e muito menos com o Ministério do Trabalho".

Manifestaram-se contrários à idéia de se passar a vincular a assistência médica previdenciária ao Ministério da Saúde, concluindo que "a crise da assistência médica-previdenciária não se relaciona à ação do Ministério propriamente dita, mas única e exclusivamente à estrutura técnico-administrativa do INPS."

O documento prossegue recusando-se a aceitar, além da cota compulsória, qualquer contribuição do previdenciário no custeio do atendimento, "porque os 8 por cento sobre o salário, a contribuição dos empregados e da União são suficientes, desde que não se permitam, à custa destes recursos a criação de empresas médicas cujos lucros estão demonstrados na cotação de bolsas. Porque qualquer outra contribuição previdenciária nada mais é do que oficializar o que já fazem as empresas médicas convenientes com o INPS, direta ou indiretamente, isto é, cobrar mais para uma assistência digna. Moralize-se a estrutura técnico-administrativa da Previdência Social e eis resolvido o magno problema".

Concluem o documento com considerações sobre o trabalho médico, ressaltando que "não é a baixa remuneração do médico que está comprometendo o atendimento dos que precisam de assistência médico-previdenciária, mas, sim, a comercialização da medicina através dos convênios globais da empresa."

Mostram, finalmente, que as cooperativas médicas e a medicina de grupo, sublocando os serviços dos profissionais da medicina, sem qualquer vínculo empregatício, remunerando-os por serviços prestados - consultas - com valores correspondentes à metade ou dois terços das unidades de serviço pagas pela Previdência Social, implicam uma "reação natural da classe médica contra a socialização unilateral que se lhe está impondo".

Considerações sobre a Previdência Social e o setor industrial

As análises que abordam a questão da indústria farmacêutica no Brasil costumam em geral se centrar na crítica à progressiva desnacionalização do setor - que realmente ocorreu, como mostram as pesquisas existentes⁽¹⁰⁾. Dão ênfase às restrições impostas à CEME, pressionada no sentido de abandonar a área de pesquisa e produção de medicamentos e concentrar-se na distribuição, através da compra de medicamentos à indústria privada.

No entanto, como mostra Braga (1978), "em nenhum momento foi cogitada pela CEME a 'estatização' do setor, assim como em nenhum momento houve qualquer contradição manifesta entre os programas de produção e distribuição".

A intervenção do Estado no setor farmacêutico, longe de significar uma restrição à sua privatização ou à sua desnacionalização, viabilizou na verdade que este processo se realizasse mais suavemente, ao preservar um mínimo de espaço aos órgãos oficiais de pesquisa e às empresas nacionais numa área considerada de "segurança nacional".

Como bem colocou o presidente da CEME na CPI do Consumidor em 9.6.76:

"Coerente com as diretrizes do governo, a Central de Medicamentos, ao aproveitar a capacidade de produção dos laboratórios farmacêuticos oficiais, não pretende estabelecer competição com a indústria privada, na qual aliás vem se abastecendo de maneira crescente. Consoante os estudos em andamento, essa tendência será rigorosamente mantida, mesmo porque a participação dos laboratórios governamentais não ultrapassará determinados limites. O que se pretende é, tão somente, dispor de uma reserva estratégica de

(10) Frenkel et alii (1978); Giovanni (1978).

produção e tecnologia farmacêutica que capacite o governo a fazer frente a eventuais crises de abastecimento, como ocorreu recentemente com a insulina, e que funcionam igualmente como centro de desenvolvimento de pesquisa e aprimoramento farmacotécnico e de campo de estágio e treinamento de pessoal especializado (11)».

A pressão da indústria farmacêutica nacional e dos setores nacionalistas das Forças Armadas fizeram com que em 1971 o Estado começasse a interferir na questão de medicamentos, com a criação da CEME e do Plano Diretor de Medicamentos.

A importância da CEME como compradora no mercado da indústria farmacêutica no país é ainda restrita. Em 1976, como mostram Frenkel et alii (1978), as compras da CEME representavam apenas 3% do mercado total da indústria. A atuação da CEME que tem - como vemos na Tabela CXXX - nas Secretarias Estaduais de Saúde e na Previdência Social seus principais compradores, responsáveis pela aquisição de mais de 90% do valor total dos medicamentos por ela distribuídos, destaca-se mais pela abertura de novas frentes de mercado, através do Estado, do que propriamente pela garantia de uma parcela realmente importante deste mercado.

Conclui-se assim que embora a compra de medicamentos venha assumindo importância crescente na despesa previdenciária, como vemos na Tabela CXXXI, passando de 1,7% do total da despesa da previdência social com assistência médica em 1971 para 2,5% da despesa de 1976, a verdade é que estes gastos significam pouco quando se considera a importância do mercado brasileiro de medicamentos.

(11) Supl. do Diário do Congresso Nacional -- 12.5.77, p.183.Extraído de Giovanni (1978).

TABELA CXXX

CEME - COMPOSIÇÃO DO VALOR DOS
 MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS, SE-
 -GUNDO ÓRGÃO DISTRIBUIDOR.
 1976.

ÓRGÃO DISTRIBUIDOR	%
Secretarias Estaduais de Saúde	47,74
I.N.P.S.	39,11
FUNRURAL	4,77
Diretoria de Saúde da Aeronáutica	0,06
Diretoria de Saúde do Exército	0,23
Diretoria de Saúde da Marinha	0,66
Atendimento Internacional	1,41
Atendimento indireto aos órgãos do Minist.da Saúde	4,38
Binecional de Itaipú	0,02
Grupo Escolar N.S.Conceição (RS)	<u>1,62</u>
TOTAL - Cr\$ 352.126.612,00	100,00

FONTE: Relatório CEME, 1976.

TABELA CXXXI

DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
EXERCÍCIOS DE 1971 a 1976

Em Cr\$ 1,00

Brasil

Sub-atividades	R e a l i z a d a											
	1971	%	1972	%	1973	%	1974	%	1975	%	1976	%
30-Ass.Psiquiátrica	221.129.704	100	263.731.572	120	325.611.825	120	401.918.628	120	687.158.827	170	906.243.100	132
31-Ass.Específica	-	100	4.641.539	100	19.177.150	141	28.657.521	149	43.639.784	152	59.806.900	137
32-Ass.Ambulatorial	482.236.349	100	658.621.974	137	920.233.077	140	1.199.786.367	130	1.978.137.159	165	3.314.481.000	168
33-Ass.Tisiopneumol.	90.558.220	100	98.301.944	109	127.410.013	130	162.336.425	127	228.755.273	141	356.236.000	156
34-Ass.Hosp.Cirúrgica	579.886.774	100	730.578.555	126	1.055.239.716	144	1.510.843.863	143	2.414.653.094	160	3.256.277.100	135
35-Ass. à Maternidade	292.087.531	100	355.093.591	122	485.610.716	137	674.198.061	139	1.035.411.748	154	1.445.355.200	140
36-Industr.Farmacêutica	13.920.550	100	22.719.546	163	14.337.458	40	-	-	-	-	-	-
37-Farmácia	25.352.560	100	30.333.203	120	42.967.578	142	70.124.555	163	168.732.007	241	334.308.100	198
38-Ass.Médica Geral	100.188.044	100	159.596.964	159	275.522.792	172	363.754.157	132	517.627.388	142	890.227.600	172
39-Ass.Hosp.Cl.Médica	454.022.212	100	576.675.196	127	944.456.068	164	1.277.402.650	135	1.939.651.976	152	2.767.064.800	143
T o t a i s	2.259.381.944	100	2.900.294.084	128	4.210.566.393	145	5.689.022.227	135	9.013.767.256	150	13.330.000.000	148

FORNTE : INPS, Secretaria de Assistência Médica in Meses (1976)

Independentemente da CEME ou de qualquer outra interferência estatal, o Brasil já se situava em 1971 entre os 10 maiores mercados farmacêuticos do mundo, como vemos na Tabela CXXXII. Nesse sentido, o papel do Estado, embora importante para a difusão dos produtos medicamentosos, não é o fundamental para a garantia de seu consumo pelas classes populares. No máximo, estimula este processo, introduzindo novos padrões de consumo, uma vez que a falta de fiscalização favorece a automedicação, ao permitir que se compre praticamente qualquer medicamento sem receita, exceto alguns classificados como tóxicos.

Como mostram Frenkel et alii (1978), "o papel do médico no processo de difusão é o de iniciar e legitimar a validade terapêutica do produto; o da farmácia é o de divulgar e ampliar o mercado quando o produto é vendido através de automedicação."

A farmácia é de fato o principal agente difusor na ampliação do mercado de medicamentos: segundo estudo realizado pelo Stanford Research Institute (1977)⁽¹²⁾ sobre o mercado brasileiro, estima-se que mais da metade das verbas provenha de sugestões da farmácia ou de outras fontes, o que significa que mais da metade do consumo se faz através da "automedicação" em sentido amplo. A Tabela CXXXIII mostra resultado de pesquisa realizada pelo Instituto de Medicina Social da UERJ e ilustra a importância da automedicação numa amostra de 191 pessoas, distribuídas em diferentes grupos funcionais. Em todos os grupos analisados a automedicação foi superior a 50%.

Estes dados mostram como é limitada qualquer análise do "Sistema Na

(12) Stanford Research Institute, The Brazilian Market for Pharmaceutical Specialities, Menlo Park, Califórnia, 1977, mimeo. Referido por Frenkel et alii (1978).

TABELA CXXXII

PRODUÇÃO FARMACÉUTICA EM ALGUNS PAÍSES SELECIONADOS

P A Í S E S	POSIÇÃO EM	POSIÇÃO	TAXA MÉDIA DE	
	MILHÕES US\$		%	PERÍODO
	1971			
Estados Unidos	7.400	1º	7,3	1960-71
Japão	2.914	2º	19,0	1960-69
Alemanha Ocidental	1.932	3º	13,7	1960-71
França	1.472	4º	9,2	1960-71
Itália	1.323	5º	12,6	1960-71
Reino Unido	799	6º	6,5	1960-68
Espanha	680	7º	19,2	1967-69
Brasil	538 ⁽¹⁾	8º	13,1	1959-70
Suíça	508	9º	-	-
Canadá	505	10º	15,5	1963-71

(1) Dado para 1970 - FIBGE, Censo Industrial - Brasil, 1970, Rio de Janeiro, 1974. Taxa de Crescimento calculada a preços constantes de 1959 - Índice Geral de Preços, Fundação Getúlio Vargas, Conjuntura Econômica, Coluna 2, Disponibilidade Interna.

FORTE: Lall, S., UNCTAD, in Frenkel et alii (1978).

TABELA CXXXIII

FONTES DE PRESCRIÇÃO
DOS MEDICAMENTOS

FONTE	GERENTES	OPERÁRIOS QUALIFICADOS	OPERÁRIOS MULHERES	OPERÁRIOS CONSTRUÇÃO
MÉDICO	43%	18%	39%	34,8%
OUTRAS FON- -TES	57%	82%	61%	62,2%

FONTE: Versão modificada do Quadro apresentado por Cordeiro, Hésio de A.,
Revista de Administração Pública, vol.11 nº 3, in Frenkel et alii
(1978).

-cional de Saúde" brasileiro que não leve em conta o papel da farmácia e da automedicação. As precárias condições de saúde da maioria da população brasileira e a incapacidade do sistema "de saúde" em responder às pressões cada vez maiores por atendimento transformaram as farmácias e seus empregados em importantes "agentes de saúde", e muitas vezes o único recurso existente para uma parcela considerável da população. Nesse contexto, em que as farmácias constituem a principal rede de "atenção primária" à saúde no país, as discussões sobre a iatrogênese medicamentosa simplesmente perdem a razão de ser.

Na relação entre Previdência Social e setor industrial é necessário ainda questionar as hipóteses que supõem estar a assistência médica previdenciária em última análise subordinada à lógica da expansão das indústrias farmacêutica e de equipamentos médicos, por ser a "principal compradora".

No caso da primeira indústria, vimos que o Estado, através da CEME, representava um poder de compra de apenas 3% do mercado total da mesma. Quanto à importância do apoio econômico indireto ao mercado dessa indústria proporcionado pelo Estado através dos gastos em assistência médica, cabe notar que a Previdência Social brasileira representa hoje o 2º maior orçamento, depois do orçamento da União. Do total de sua despesa, cerca de um quarto vai para assistência médica - o que representava em 1970 como vimos na Tabela C em torno de 70% do valor da produção da indústria farmacêutica (ver Tabela CXXXIV) Isto dá uma primeira medida do despropósito de supor que a assistência médica previdenciária constitui mero apêndice, quanto aos determinantes de seu funcionamento, dos setores industriais farmacêutico, de equipamentos médicos, etc. - que, de resto,

TABELA CXXXIV

VALOR DA PRODUÇÃO DOS SETORES INDUSTRIAIS VINCULADOS
 À MEDICINA E DA IMPORTAÇÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS
 BRASIL, 1970

Cr\$ milhões de 1970.

SETOR	VALOR DA PRODUÇÃO	IMPORTAÇÃO ⁽²⁾ (%)
INDÚSTRIA FARMACÊUTICA	<u>2.495</u>	-
INDÚSTRIA DE EQUIPAMENTOS	<u>227,2</u>	<u>107,2</u>
-equipamentos elétricos para uso terapêutico	36,6	73,3
-instrumentos e aparelhos não-elétricos	26,4	22,3
-material para uso em medi- cina, cirurgia, odontologia etc.	164,2	11,5

(*) Calculado com base na taxa de Cr\$ 5,00 por 1US\$.

FONTES:

(1) Censo Industrial - Brasil, IBGE, 1970.

(2) CAQEX, Banco do Brasil, 1970. Extraído de Braga (1978).

pelo tamanho e proveniência de suas principais empresas, possuem plenas condições de expandir seu próprio mercado, por meio de diversas técnicas já bem conhecida (vide Frenkel et alii, 1978, cap.VI), sem que dependam de modo essencial do Estado para fazê-lo.

No caso da indústria de equipamentos esta suposição parece ainda mais absurda quando se considera que mesmo levando-se em conta a ampla gama de materiais para uso em medicina, cirurgia, odontologia, etc., além dos equipamentos, instrumentos e aparelhos para uso terapêutico, o valor total da produção do conjunto destes setores em 1970 representava (como mostra a Tabela CXXXIV) menos de 10% do valor da produção da indústria farmacêutica no mesmo ano. Se à produção interna se agrega o valor total das importações de equipamentos, materiais e utensílios médicos em 1970 - em torno de Cr\$ 107 milhões - , vemos que juntas não chegavam a 14% do valor da indústria farmacêutica naquele ano.

O setor privado que realmente tirou proveito de modo significativo das transferências de recursos estatais foram as empresas médicas hospitalares e de convênios, que absorvem cerca de 90% da despesa da Previdência Social com assistência médica. Ou seja, uma tal magnitude de recursos, pouco inferior ao faturamento da indústria farmacêutica, é diretamente transferida pelo Estado através da Previdência Social ao setor privado médico. Uma importância menor corresponde aos recursos destinados a financiamento, como por exemplo o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que desde 1975 vem financiando - sob administração da Caixa Econômica Federal - a montagem e/ou ampliação de instalações de hospitais e clínicas privadas. Como mostra a Tabela CXXXV, o FAS transferiu ao setor privado 81,5% de seu financiamento ao setor saúde em 1977, o que corresponde a apenas Cr\$2 bilhões, ou seja, cerca de 6% dos recursos dispendidos pela assistência médica previden

-ciária, que totalizavam naquele ano Cr\$ 35 milhões.

Mesmo este setor empresarial médico - o maior beneficiário da transferência de recursos previdenciários - encontra um limite de expansão na sua subordinação à Previdência Social, na medida em que o Estado atua no setor mais como um regulador de preços, como observamos anteriormente, do que como mero repassador de recursos à medicina privada.

A expansão da assistência médica previdenciária, principalmente através das empresas médicas hospitalares e de convênios, favoreceu a constituição de uma medicina de massa nas áreas urbanas do país, impondo profundas transformações na própria natureza do trabalho médico.

Em 1974, de um total de 49.000 médicos no país, segundo estimativas da própria Previdência Social (ver Scuto, 1976), 34.000 médicos, ou seja, cerca de 70% já estavam sob contrato do INPS.

Esta subordinação crescente ao Estado e às empresas médicas não se deu sem conflitos e resistências, e é à luz da contradição entre empresários e assalariados - que passou a questionar a ideologia liberal subjacente à suposta homogeneidade da "classe médica" - que cabe analisar o problema, o que faremos na seção seguinte.

TABELA CXXXV

FAS - EVOLUÇÃO DOS PROJETOS APROVADOS POR SETOR

- ÁREA DE SAÚDE E PREVIDÊNCIA POSIÇÃO EM 31.09.77

	GTE						CEF					
	Apresentados			Aprovados			Aprovados			Contratados		
	nº	valor	%	nº	valor	%	nº	valor	%	nº	valor	%
Área de Saúde e Prev.	1.258	18.279,7	100,0	872	13.323,0	100,0	231	3.168,2	100,0	170	2.447,7	100,0
Público	178	5.280,9	28,8	101	4.529,9	34,0	29	644,9	20,3	11	453,0	18,5
Privado	1.080	12.998,8	71,2	771	8.793,1	66,0	202	2.523,3	79,7	159	1.994,7	81,5

FONTE: CEF-FAS.

Extraído de Braga (1978).

3.3. Transformações da Prática e Ideologia Médicas

O cuidado médico como processo de trabalho

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

O profissional médico constrói mentalmente um projeto de "organismo normal" antes de tentar moldá-lo em realidade. No final do processo de trabalho deverá aparecer um resultado que já existia em sua consciência, em tese, os valores vitais a serem atingidos. O produto é um valor de uso atribuído à vida, em que o organismo como material da natureza é adaptado a necessidades sociais⁽¹⁾.

Nesse processo de transformação, ao privilegiar determinados valores vitais recortados do amplo espectro de alternativas oferecido pelas ciências biológicas, a técnica médica impõe-se como prática social. Utilizando-se de propriedades mecânicas, químicas e psíquicas para a modificação dos corpos bem como para o seu julgamento, subjugando as leis naturais que estabelecem a normatividade da vida em determina-

(1) Esta descrição é análoga àquela efetuada por Marx para o processo de trabalho em geral. Ver Marx (1867), vol.I, cap.5.

-das condições de equilíbrio ecológico, impõe-lhes uma outra forma de normatividade, a social, que se propõe vencer as "infidelidades da vida" apesar das condições que as geraram (2).

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

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

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

O trabalho médico como prática social

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

(2) Ver Canguilhem (1966).

modo de produção social. Desta forma, o específico da prática médica não é dado apenas pelo estágio de desenvolvimento da Medicina, e sim pelas características próprias do modo de produção no qual se insere. Em outras palavras, a Medicina não se "autodetermina", mas é socialmente determinada.

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

Adotamos aqui a definição de Canguilhem (1966) que considera a Medicina como "uma técnica ou arte situada na encruzilhada de muitas ciências". Nesse sentido, interessa-nos focar a Medicina mais como uma técnica do que como um saber, pois um estudo do saber médico fugiria ao escopo de nosso trabalho, por implicar uma análise epistemológica das diversas ciências que compõem e das condições históricas e científicas que irão determinar, em dado momento, sua incorporação e instrumentalização pela Medicina. Um estudo do saber médico transcende portanto, o âmbito da própria Medicina, estendendo-se ao amplo e complexo domínio das distintas ciências que têm como objeto o organismo, o que constituiria por certo tarefa por demais ambiciosa.

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

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

emerge, ao nível da técnica médica enquanto prática social de transformação biológica e/ou psíquica dos seres humanos, um dado objeto, dentre as possibilidades definidas social e cientificamente. Cabe assim examinar o objeto da Medicina como um projeto de transformação, que se realiza como expressão técnica das exigências sociais que determinam a natureza do seu processo de trabalho.

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

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

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

As transformações do trabalho médico

Foucault define o cuidado médico em geral, como a relação entre o que alivia o sofrer e o que sofre, relação esta definida sobre uma expre

-priação social, historicamente determinada, em que o saber sobre o corpo, a saúde e a doença deixa de ser um patrimônio comum a todo o grupo social e passa a ser monopolizado por sujeitos socialmente legitimados que, detendo o conhecimento e a técnica, têm o controle do processo de trabalho. (Foucault, 1963).

Esta produção independente do cuidado passou a se realizar numa troca comercial, em que o médico vende o seu trabalho no mercado e em troca recebe honorários pagos a posteriori. O termo "honorários" tem uma importante função ideológica no contexto da chamada medicina liberal, revestindo com um véu mítico a relação mercantil na qual se vende o trabalho médico e conferindo ao salário recebido um caráter despojado de mera retribuição agradecida. O cuidado médico segue nesta esquema um padrão artesanal em que o profissional possui o controle de sua produção. Na obra "Os Honorários Médicos", o jurista Alcântara Machado (1922) relata processos em que médicos reivindicam honorários não percebidos:

"... Repugna a certos espíritos a equiparação das "operae liberales" aos serviços manuaes, e ha quem não se conforme com a idea de constituirem officios mercenarios as profissões de cunho intellectual. Esquecem-se de que hoje o salário é, na phrase de Ihering, o nível determinante de todo o commercio juridico: aluidos os velhos preconceitos, ninguém se julga diminuido em sua própria estima ou na estima alheia pela circunstancia de exercer uma profissão assalariada. (...) O que atualmente nos parece tão simples e tão lógico levou longos annos a impor-se ao consenso universal. Deve-se o facto à influencia persistente dos princípios que, neste particular, dominavam o direito romano. Em Roma somente os serviços manuais podiam ser apreçados e pagos, e, portanto somente elles podiam cons

-tituir objeto de locação. Não se consideravam passíveis de estimação e pagamento os trabalhos imateriaes."

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

Nesse momento aquela definição mais geral de Foucault da relação entre o que sofre e o que alivia o sofrer mantém sua validade enquanto garante o valor de uso do cuidado médico como mercadoria, conceito que representa o ponto de partida de Arouca (1975) em sua análise das relações entre capitalismo e medicina.

A organização capitalista da medicina contemporânea

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

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

Tais transformações ocorreram, em particular, após a 2a. Guerra Mundial, e deveram-se basicamente a dois fatores: de um lado, à expansão do

setor saúde como um setor capitalista, e de outro, à incorporação de tecnologia moderna constituindo um setor de crescente concentração de capital. Nesse sentido, o salto qualitativo na indústria farmacêutica na década de 40, que acompanhou a descoberta de novas substâncias - como os principais antibióticos - cumpriu um papel fundamental, juntamente com a produção dos novos equipamentos médicos.

A introdução de tecnologia na área médica operou-se em distintos níveis, expandindo-se no sentido de uma complexidade e sofisticação crescentes. As atuais conquistas caracterizam-se pela aplicação de análise de sistemas e pesquisa operacional, utilizando-se computadores para a administração e controle de sistemas tão complexos como os hospitais, os programas nacionais de assistência médica ou os programas de pesquisas. A aplicação da automação se estendeu também a situações médicas complementares, tais como testes laboratoriais para análise química do açúcar no sangue e contagem de células sanguíneas; máquinas medidoras para a leitura de eletrocardiogramas e outros registros eletrônicos; instrumentação analítica para ajudar o médico no diagnóstico clínico, bem como a utilização de equipamentos de monitoragem pela enfermagem, para o seguimento de pacientes no cuidado intensivo hospitalar ou na unidade de emergência.

O progresso técnico no setor levou a um vertiginoso aumento do custo do cuidado médico. Este fenômeno verifica-se em vários países do mercado e tem relação com a natureza da tecnologia incorporada, que é complementar e não substitutiva. Isto significa que a medicina, em sua evolução tecnológica, incorpora novas técnicas às já existentes, adicionando novos procedimentos aos anteriores sem substituí-los.

O aumento dos custos de produção leva as formas conjuntas de produ

-ção de serviços - em face, por exemplo, da dependência de um equipamento centralizado - imposição que se manifesta assim por motivos que vão além da simples interdependência técnica das especializações.

Em oposição ao modelo individual, artesanal e autônomo do trabalho médico, realizado em padrões liberais, vemos surgir assim o trabalho coletivo, em que o médico aparece como o agente intelectual de trabalhos cada vez mais parciais, definidos pelo médico ou pela equipe médica sob forma de normas ou condutas e racionalizados do ponto de vista da eficiência e da produtividade por um corpo administrativo, composto por médicos, enfermeiros ou simples administradores. O trabalho passa a depender cada vez menos da habilidade artesanal de cada um dos elementos que o compõem e cada vez mais de uma organização coletiva da produção, caracterizando-se por uma interdependência crescente em torno de uma diversificação técnica.

Nesse contexto ocorre uma certa dissociação entre a produção dos instrumentos técnicos e sua utilização, tendência esta reforçada pela crescente subdivisão do trabalho, criando situações em que operar um instrumento para obter um diagnóstico se torna mais importante do que conhecer o que o instrumento é realmente capaz de medir, ou utilizar um recurso terapêutico polivalente, como um antibiótico, tem prioridade sobre a busca dos fatores que geraram o sintoma eliminado. Em outras palavras, a racionalidade da produção se impõe à racionalidade do conhecimento.

A acumulação de capital no setor médico levou como consequência a uma perda de controle dos meios de produção, de um lado pelo aumento progressivo dos custos desta mesma produção, e de outro pela dificuldade crescente de se manter um serviço individualizado num mercado controlado por capital

crescentemente concentrado.

Diante desta reorganização da Medicina, que se define como atividade capitalista e no interior do mercado subordinado ao capital, o assalariamento médico é uma tendência inexorável. Quer surja o médico como empresário ou assalariado, fica claro que a compreensão desta transformação do trabalho médico deve ser buscada na penetração do capital no setor.

Este assalariamento progressivo se dá no Brasil com a ampliação do controle estatal, de modo que o médico passa a vender seus serviços num mercado de trabalho em que predominam formas combinadas de compra de serviços pelo Estado em associação com as empresas médicas.

O controle crescente do Estado sobre a atividade médica, na medida em que é o grande comprador da iniciativa privada, passa a impor limitações à liberdade de atuação profissional, tabelando e controlando o preço do trabalho médico, garantindo sua realização a baixo custo e possibilitando desta forma, o seu consumo por parte de uma grande parcela da população, a classe trabalhadora, sem suficiente poder de compra direto.

No Brasil, o controle do processo de trabalho por terceiros e o conseqüente assalariamento infringindo o Código de Ética Médica, constituem uma realidade relativamente recente. Como mostra Donnangelo (1975) é por referência à medicina liberal, pela perda de autonomia, que se tornam mais claras as atuais formas de integração do profissional médico no mercado e as atuais resistências por algumas frações da chamada "classe médica", que tende a perder sua homogeneidade enquanto grupo profissional, na medida em que, tais profissionais se posicionam de formas distintas e mesmo antagônicas no mercado.

Esse contexto exige que a medicina capitalista redefina seu proje-

-to social e supere estas contradições, de um lado lutando pela assimilação e conquista ideológica de seus porta-vozes tradicionais presos a relações sociais anteriores, e de outro, criando novos intérpretes que expressem os interesses de um novo empresariado em ascensão e de um número crescente de profissionais médicos assalariados.

Tendo em conta que a transição da prática médica como atividade liberal autônoma para as formas capitalistas atuais tem como implicação mais evidente a perda de autonomia, fica claro que a tentativa de manutenção do projeto liberal esbarra em relações de produção que o tornam cada vez mais inviável, dado o seu suporte em relações sociais tendentes a desaparecer.

Nesse sentido, a escola médica desempenha um papel fundamental, mantendo no plano das representações as condições objetivas de denominação e possibilitando ainda a criação de uma ideologia afim com a estrutura de poder existente. Realiza a tradução do conhecimento médico em linguagens técnicas diversificadas sobre relações sociais distintas, ou seja, faz com que o saber médico seja socialmente filtrado, passando de saber em geral a práticas ajustadas a diferentes relações sociais.

O estudante da área médica aprende desde o início, implícita ou explicitamente (a inculcação é tanto mais eficiente quanto menos explícita e consciente fôr a apreensão das relações de dominação de classe), a diferenciar um paciente em classes, treinando a diversificar sua técnica em cuidados diferentes para cada grupo da população: o paciente de enfermagem da Santa Casa, o indigente, o paciente de "interesse científico", o

paciente do INPS⁽³⁾, o paciente do posto de saúde, o paciente da indústria, o paciente da clínica privada.

Como já vimos antes, o objeto do cuidado médico é construído e identificado no momento de sua efetivação. Esta singularidade criadora do cuidado médico, que confere uma autonomia preservada pela ética médica, ao adequar conhecimentos gerais a um determinado organismo que é único e particular, permite e exige mesmo uma abordagem específica para cada caso clínico.

É justamente esta particularidade que possibilita que sob o aval da legitimidade científica e técnica se fazem medicina diferentes para cada classe social, pois "cada caso é um caso", e como afirma Arouca (1975), em Medicina consome-se o cuidado médico e não o seu resultado. Na verdade, o resultado importa apenas para garantir em termos globais o valor de uso da mercadoria a ser trocada no mercado. Isto porque é pela definição do objeto do cuidado no momento mesmo em que se realiza que se torna possível a abertura da técnica médica para práticas ideologicamente orientadas.

A Escola Médica possibilita desta forma que se produzam nos níveis técnico e ideológico as representações condizentes com as relações de produção existentes. No entanto, esta reprodução não se dá sem contra

(3) Uma pesquisa realizada pelo Centro Acadêmico "Vital Brasil", da Faculdade de Medicina da Universidade Católica de São Paulo, no Hospital Lucinda de Sorocaba ilustra bem esta situação, mostrando que naquele hospital universitário registravam-se três coeficientes de cesariana segundo a forma de remuneração médica: um de 15,6% entre as pacientes indigentes, um de 37,3% entre as pacientes previdenciárias, e um de 50,1% entre as pacientes particulares. Ver Gentile de Mello (1976).

-dições. Com Bourdieu e Passeron (1975) vemos que: "Conceder ao sistema de ensino a independência absoluta à qual ele pretende, ou ao contrário, não ver nele senão o reflexo de um estado do sistema econômico ou a expressão direta do sistema de valores da "sociedade global" é deixar de perceber que a sua autonomia relativa lhe permite servir às exigências externas sob as aparências de independência e de neutralidade, isto é, dissimular as funções sociais que ele desempenha e, portanto, desincumbir-se delas mais eficazmente".

É necessário então desvendar a vinculação que se estabelece entre o sistema de ensino e a estrutura das relações de classe em um dado contexto social, ou seja, apreender os mecanismos pelos quais a Escola Médica seleciona de forma implícita ou explícita aqueles que vão integrá-la impondo no processo de formação exigências teóricas e técnicas que em última análise expressam as exigências sociais.

A assimilação da ideologia liberal se dá tradicionalmente no interior da Escola Médica, embora crescentemente de conflito entre o discurso liberal e as práticas empresariais. O discurso liberal ainda se mantém pois preenche uma função importante: preservar no plano ideológico do médico assalariado o ideal de autonomia, ainda que se constitua concretamente numa perspectiva remota.

A análise das resistências da categoria médica à sua assimilação pela produção capitalista e de suas manifestações ideológicas torna-se bastante complexa pelo fato do trabalho médico se apresentar no mercado numa infinidade de combinações que podem coexistir no mesmo profissional, reunindo formas tão distintas como profissional liberal e empresá-

-rio. Na verdade, as formas combinadas são extremamente frequentes e atualmente predominam no mercado profissional. Como nos mostra Donnangelo (1975) refletem a busca pelo profissional médico de diferentes alternativas de participação num mercado em transição, de forma liberal para u ma forma capitalista de Medicina.

Não pretendendo desenvolver aqui uma análise do debate político que se trava entre as diferentes associações médicas⁽⁴⁾, expressando seus interesses antagônicos no mercado, mas tão somente explicitar o im pacto no plano ideológico da assimilação do médico como profissional li beral pela medicina capitalista, julgamos que uma referência às condi- ções em que surge a cooperativa médica - UNIMED - ilustraria bem a for- ma através da qual a classe médica conseguiu atenuar este conflito, orga- nizando-se numa estrutura empresarial competitiva no mercado, que ao mesmo tempo lhe permitiu preservar a ideologia liberal e com ela a ilu- são de autonomia.

A UNIMED surgiu em 1969, em Santos, São Paulo, como uma reação da classe médica ao assalariamento, pela sua subordinação crescente ao sistema previdenciário e às empresas médicas de grupo. Embora os órgãos de fiscalização (Conselho Regional de Medicina) e de representação (Associação Médica Brasileira) de classe já viessem repudiando a mercantili- zação de sua prática, ameaçando com sanções os profissionais que se as- salariassem a serviço de tais empresas, com base no Artigo 3º do Código de Ética Médica, que impede a exploração do trabalho médico por tercei- ros, a verdade é que ficavam na crítica sem oferecerem alternativas viá

(4) Para uma análise das manifestações ideológicas das diferentes orga- nizações médicas, ver Donnangelo (1975).

-veis no mercado, o que só vinha agravar a situação.

Ante a iminente entrada, em grande escala, de empresas médicas de grupo na cidade de Santos, um grupo de médicos reunidos em torno do sindicato resolveu estudar o problema e tentar resistir, através da criação de alguma forma alternativa de organização empresarial de serviços. A conclusão foi de que a única empresa no sistema capitalista que permitiria a manutenção de uma prática semelhante à liberal seria a cooperativa. Apesar de certo controle e fiscalização, permitiria a manutenção da clínica particular e ao mesmo tempo evitaria que o médico tivesse que prestar contas de seus serviços a não-médicos, assinando livro de ponto ou submetendo-se à exploração de seu trabalho.

A contestação das condições de trabalho impostas pelas empresas médicas de grupo não era feita apenas por razões éticas, mas assumia também um significado técnico na medida estas eram vistas como uma séria interferência na relação médico-paciente. Este é considerado como indispensável ao bom resultado terapêutico e só se configura como satisfatória se o doente puder escolher o seu médico, senti-lo responsável pelo seu atendimento e ter confiança em seu trabalho, não o vendo apenas como comerciante ou empregado cujas decisões técnicas encontram-se na dependência direta do lucro de uma empresa.

As associações de classe, sob a direção da Associação Médica Brasileira, apoiaram a iniciativa pioneira de Santos, o que estimulou médicos de outras cidades e estados a se organizarem nos mesmos moldes. Em fins de 1977 já existiam mais de 64 cooperativas médicas no país, cobrindo cerca de 300 cidades, reunidas em 6 Federações Estaduais e na Confederação Nacional de UNIMEDs. Naquele ano já contavam com 11 mil mé

-dicos cooperados responsabilizando-se pela assistência médica a mais de 2 milhões de usuários.

Embora fortemente no mercado com as empresas médicas de grupo, a cooperativa médica conseguiu conciliar sua expansão com certos princípios e objetivos, bem sintetizados na carta de apresentação da UNIMED- Campinas:

"As UNIMEDs foram criadas e implantadas pela classe médica com o apoio e reconhecimento dos órgãos normativos da ética médica, mantendo seus mais elementares princípios de relacionamento médico/cliente e de outros que fazem parte da filosofia cooperativista: 1) Manter a liberdade de escolha do médico e do hospital por parte do cliente. Retorno à época do médico de família; 2) Descentralizar os atendimentos. Atendimento no consultório dos médicos; 3) Não permitir o lucro de terceiros sobre o serviço profissional do médico; 4) Retribuir o médico somente pelo serviço prestado e por valores previamente acordados; 5) Restabelecer a sadia concorrência pelo estímulo da procura direta do cliente; 6) Com isso, estimular o permanente aprimoramento do médico; 7) Manter a liberdade do exercício profissional; 8) Desburocratizar a medicina; 9) Manter o mercado de trabalho para a permanente formação de novos profissionais que já atinge a 9.000 médicos, por ano; 10) Enfim, socializar os meios para democratizar a medicina e o médico. Não tendo interesse lucrativo, podem as UNIMEDs oferecer Planos de Assistência Médica para Empresas, Entidades, Sindicatos, Cooperativas e outras, mantendo um elevado padrão de assistência médica coletiva sem massificar o usuário, pelo seu custo real, que pode ser controlado e fiscalizado permanentemente pelos usuários, através do Conselho Consultivo da UNIMED."

Por não dispor de infra-estrutura própria - hospitais, laboratórios clínicos - ("faz parte do cooperativismo não capitalizar ou capitalizar o mínimo possível"), a UNIMED se constitui em importante compradora de serviços particulares, pagando pelos mesmos, taxas pré-fixadas, sempre maiores do que as estabelecidas pelo INPS.

Embora se proponha "não capitalizar", na verdade a proposta da UNIMED é de não capitalizar sobre o trabalho médico assalariado, fazendo com que o médico co-participe desta capitalização. A UNIMED defende e realiza a expansão da medicina capitalista, constituindo-se em importante compradora da rede privada de hospitais e laboratórios clínicos. Dispondo de recursos para remunerar os serviços que compra a preços bem acima da tabela do INPS, favorece a concentração dos serviços sobre uma parcela mais privilegiada da população assalariada, absorvendo uma parte considerável dos recursos do INPS transferidos à rede privada.

Muitas empresas, dado o custo elevado dos serviços prestados pela UNIMED, chegam a propor convênio apenas para parcela diferenciada de seu pessoal. Nesse esquema, acaba ocorrendo uma divisão de trabalho entre a UNIMED e o INPS, ficando este último com a massa dos trabalhadores. Isto ocorre no caso dos chamados convênios não-homologados, em que o INPS, por não atuar como intermediário no convênio entre empresa e empresa médica, continua responsável pelo atendimento de todos os trabalhadores da empresa nas filas de seus ambulatórios próprios.

A UNIMED, embora aceite a divisão do trabalho com o INPS, recusa-se por princípio a assinar convênios em que o trabalho seja dividido com as empresas médicas de grupo, embora estas últimas, por cobrarem mais barato, pudessem se encarregar do restante dos trabalhadores não cobertos

pela cooperativa.

De qualquer forma, ao favorecer a concentração dos recursos sobre os empregados de nível mais alto na hierarquia das empresas, a UNIMED contribui para acentuar a desigualdade entre assalariados.

Os trabalhadores que conseguem se beneficiar deste sistema empresarial médico vêm nesta modalidade de prestação de serviços uma atraente forma de salário indireto. Os próprios sindicatos, de início contrários à criação de cooperativas, vendo-as como mais uma forma de empresa médica, costumam considerar hoje a UNIMED como uma das melhores alternativas de atendimento. Muitos trabalhadores, ao buscarem novo emprego, já indagam o tipo de cuidado médico oferecido, preferindo as empresas que se servem das cooperativas médicas.

A entrevista realizada durante pesquisa de campo em Campinas⁽⁵⁾ com um executivo vinculado ao departamento de pessoal de empresa multinacional ligada ao setor eletro-eletrônico é bastante esclarecedora da forma que os convênios como a UNIMED assumem como salário indireto:

"... as empresas costumam seguir certa ética, não pagando salários diretos mais altos do que as congêneres. Como o nível de aspiração e expectativas dos trabalhadores que mais nos interessam está acima do que o INPS e a Medicina de Grupo oferecem, a UNIMED é uma forma de salário indireto e serve para atrair o pessoal melhor."

Aos beneficiários que tiveram sua assistência transferida para a

(5) As entrevistas referentes à UNIMED foram realizadas em Campinas sob nossa coordenação pelo Dr. Maurício Jacinto da Silva, como parte do trabalho de campo da pesquisa "Trabalho em Saúde", Aruca et alii (1978)

cooperativa médica, a mudança agradou bastante. Diante da situação deprimente e humilhante de enfrentar as filas do INPS, a UNIMED representa um novo padrão de consumo de serviços médicos: significa a possibilidade de escolha do médico (ainda que limitada à disponibilidade dos médicos da cooperativa), não ir para a fila de madrugada e ser atendido no consultório particular. Como expressou um ex-usuário em entrevista em Campinas:

"Eu era empregado, mas saí para trabalhar 'por conta própria'. A única coisa que eu, e principalmente minha mulher, lamentamos foi a perda do direito à UNIMED. Eu fui operado, meu filho e minha mulher estiveram internados com o médico que a gente escolheu, sem qualquer despesa. Hoje, se eu quiser o mesmo tratamento, tenho de pagar do meu bolso. Eu quis fazer convênio pessoal com a UNIMED mas eles não aceitaram e disseram que o assunto ainda estava em estudos." (o depoente trabalhava em multinacional do ramo elétrico e atualmente é construtor autônomo).

Para muitos médicos o surgimento da UNIMED representou a garantia de continuidade de sua prática liberal, conforme dois depoimentos obtidos com médicos em Campinas:

"O número de consultas que atendo aumentou bastante, depois que entrei para a UNIMED. O povo precisa de tratamento mas não gosta do INPS e não tem dinheiro para pagar. Dos pacientes que me procuram pela cooperativa, no máximo dez por cento teriam condições de pagar a consulta. Além disso, é um pessoal fácil de lidar. Só de pisar ali no seu consultório bonitinho, já fica satisfeito. Não reivindica muito; não enche o saco." (depoimento de cooperado que se dedica à clínica geral e endocrinologia, formado há 12 (doze) anos e bem conceituado entre os colegas e clientes).

"Olha, a UNIMED é a salvação para muito médico. Tinha colega que só não fechava o consultório para manter o 'status'. Não fazia nem para pagar as despesas. Agora ele recebe um outro salário." (depoimento de cooperado formado há cinco anos, dermatologista).

Prosseguindo em seu processo de expansão no mercado, a UNIMED pretende obter uma maior transferência de recursos do INPS. Através de estudos e pesquisas que procuram mostrar - em comparação ao INPS - a boa qualidade dos serviços que oferece, objetiva uma ampliação da cobertura de previdenciários, através de maiores incentivos. As principais reivindicações estão expressas em estudo realizado pela UNIMED-Campinas:

- a. facilidade de convênios de todos os portes com os sistemas cooperativos.
- b. elevação do valor do reembolso pago pelo INPS às empresas por exemplo, para 8 ou 10% do salário mínimo real por trabalhador, estimulando-as a participarem dos convênios.
- c. possibilidade de entrada de pessoa física no sistema, havendo desvinculação do INPS, mediante a devolução da mesma parcela.
- d. permissão para cobrar do usuário parte do custo da assistência médica prestada, a partir de determinada faixa salarial.
- e. manutenção dos serviços próprios do INPS apenas para a faixa previdenciária de menor poder aquisitivo (domésticos, usuários do FUNRURAL, etc)".

O questionamento da privatização da Medicina, gerando os conflitos que acabaram culminando na UNIMED, encontrou na própria privatização através da estrutura da cooperativa, uma possibilidade de defesa da

"classe médica" como categoria profissional, criando um mercado compatível com os padrões éticos da categoria. Na verdade, este questionamento só existiu enquanto a privatização, através da empresa médica de grupo, ameaçava o completo assalariamento da categoria. Quando o esquema cooperativista passou a permitir a expansão da empresa médica sem absorver o médico na condição de empregado, mantendo a ilusão de autonomia, passou a contar com a classe médica como importante aliada.

O processo de assalariamento médico no Brasil teve sua origem na constituição de uma medicina de massa, que decorreu da expansão da assistência médica previdenciária e de sua privatização.

A expansão da medicina privada no país, que se intensificou na década de 60, correspondeu uma expansão das escolas médicas, gerando um contingente de profissionais que pudesse se constituir em força de trabalho para as novas formas de organização da Medicina que emergiam no mercado.

No período compreendido entre 1966 e 1972, o número de matrículas nas escolas médicas, na primeira série, elevou-se de 3.800 a 9.000. Só em São Paulo, no ano de 1971, o total de alunos nas Faculdades de Medicina ascendia a 6.403, como resultado também de uma grande expansão do ensino privado⁽⁶⁾.

Lançou-se dessa forma no mercado um contingente de profissionais que dificilmente seriam absorvidos pela estrutura de emprego existente, o que acabou criando condições favoráveis ao barateamento do trabalho mé

(6) Para uma análise mais detalhada da expansão do ensino médico no país, ver Chaves (1971) e Donnangelo (1975).

-dico e ao aviltamento de suas condições de trabalho, ao ponto em que pesquisa realizada (Donnangelo, 1976) mostrava que para manterem condições de trabalho mínimamente compatíveis com sua condição de "profissional liberal" os médicos chegaram ao ponto de ter que trabalhar em média 50 horas semanais, combinando as mais diversas modalidades de vinculação empregatícia.

Estas precárias condições de trabalho acabaram fazendo com que mais recentemente os órgãos representativos viessem a adotar, cada vez mais intensamente, por força de movimentos internos de renovação e pela pressão dos profissionais recém-ingressos no mercado, uma nova postura diante do assalariamento, assumindo-o como uma realidade a ser enfrentada. Na condição de trabalhadores, passaram a lutar por condições de assalariamento condigno, abandonando a postura liberal e posicionando-se deste modo junto aos demais assalariados.

CONCLUSÃO

Este trabalho teve como principal objetivo mostrar que a ótica correta para o exame das relações entre as condições de saúde da população e a organização social da medicina está no estabelecimento de um corte analítico que parta das formas de absorção e consumo da população pelo sistema produtivo. Propõe partir de um conceito socialmente determinado de saúde para entender a medicina e não o inverso.

Embora necessário, não basta examinar o problema pelo lado das instituições médicas e das políticas sociais: o ponto de partida fundamental consiste em tomar como base a determinação social da doença e a partir daí tentar compreender como o "sistema de saúde" se organiza frente às necessidades socialmente geradas.

A estrutura institucional acompanha, como vimos na análise do "complexo previdenciário", as relações da população com a organização da produção. As instituições médicas não devem ser vistas como constituindo apenas um núcleo homogêneo sobre o qual se realiza a maior parte da acumulação capitalista no "setor saúde", gerando pressões no sentido de transferir recursos do setor público para o privado. A diferenciação da cobertura, não apenas entre medicina pública e privada, mas no interior mesmo da medicina capitalista, responde à heterogeneidade no atendimento da demanda gerada pela própria atividade produtiva.

No interior do "complexo previdenciário" ocorre a disputa de diferentes grupos de interesse da medicina privada por fatias cada vez maiores do mercado. Convivem ali três subsistemas bem distintos: de um lado, o setor próprio do INAMPS, que arca com os prejuízos do setor pú-

-blico, responsável por parte considerável das consultas ambulatoriais, onde se concentram as grandes filas e onde o atendimento é oferecido em grande quantidade e com baixa qualidade. De outro lado, o subsistema de pagamento por serviços prestados ou unidades de serviço, cuja lógica é a ênfase em um número cada vez maior de serviços prestados, de complexidade e sofisticação crescente, centrado sob o modelo hospitalar e responsável por mais de 90% das internações. E, finalmente, o subsistema de convênios com as empresas médicas (cooperativas médicas, como a UNIMED, e as empresas médicas de grupo, como a SAMCIL), que funcionam sob o sistema de pré-pagamento, cujo objetivo é um mínimo de gastos com consultas e internações.

As empresas médicas se relacionam com o sistema produtivo através de convênios com as grandes empresas industriais e comerciais, exercendo importante função de controle sobre os trabalhadores, através da seleção dos mais aptos e mais saudáveis, ou seja, os que demandarão menos cuidados médicos ou internações. O INAMPS favoreceu ainda mais este controle quando a partir do Plano de Pronta Ação (1974) passou também a estabelecer convênios em que as empresas se encarregavam além da assistência médica dos acidentes de trabalho e dos benefícios sociais. Quando coberto pelo convênio, o trabalhador fica impedido de recorrer aos serviços do INAMPS por ter este convênio registrado na carteira de trabalho. Ao isentar-se da responsabilidade de assistência e benefícios aos trabalhadores cobertos por convênios nos quais é o intermediário, o INAMPS deixou a critério da empresa médica, que defende o interesse dos empregadores, não apenas o atendimento médico, mas também a capacidade de decidir quais os trabalhadores que podem se afastar da produção por motivos de

doença ou licença. O Estado transfere desse modo progressivamente para o próprio sistema empresarial encargos que, em tese, seriam seus.

À mão de obra das grandes empresas é portanto destinado um tipo de medicina que evita estimular o consumo por serviços médicos: responde à demanda espontânea com um mínimo de serviços, utilizando o largo espectro da medicação polivalente para devolver o trabalhador à produção. Atua como seguro social, evitando ao máximo os riscos que implicam uma elevação dos custos operacionais da empresa médica. A modalidade de convênio entre a firma empregadora e a empresa médica - mediada ou não pelo INAMPS realiza-se sob a forma de pré-pagamento, estimulando por parte da empresa médica uma atuação que dá ênfase à seleção de pessoal e às medidas de prevenção, o que acaba protegendo os trabalhadores das grandes empresas dos riscos provocados pelo excesso de intervenções médicas e evitando desta forma a iatrogênese decorrente da medicalização. A distorção que pode e costuma ocorrer nesta forma de atendimento pela empresa médica é a omissão do cuidado médico, nunca o seu excesso.

Os demais trabalhadores, ao contrário, ficam expostos à sobrecarga de intervenções, às internações desnecessárias - que em 1976 atingiam 600 mil previdenciários, segundo declarações oficiais da própria Previdência - bem como às urgências, que abriram as portas para uma transferência maciça dos recursos previdenciários ao setor privado, mais especificamente aos hospitais. Este excesso de intervenções é uma decorrência "natural" do sistema de pagamento por unidades de serviço na rede credenciada do INAMPS, em que os profissionais são remunerados por atividade realizada: quanto mais intervenções cirúrgicas

e urgências feitas, maior a remuneração.

A forma de pagamento por unidade de serviço - que atribui por exemplo uma remuneração maior à cesariana do que ao parto normal, fazendo com que 60% dos partos realizados sejam cesárias, quando a própria Organização Mundial de Saúde estabelece uma percentagem ideal de 5 cesárias em cada 100 partos - levou a sérias distorções na prática médica brasileira, estimulando extrações desnecessárias de apêndices, trompas e vesículas, sem qualquer suporte técnico. Provocou a chamada "inversão da pirâmide" no sistema de saúde, ao concentrar nos hospitais a maior parte dos recursos previdenciários, transformando-os em grande "porta de entrada" do sistema, ao ponto em que em Campinas, por exemplo, uma em cada 4 pessoas consultadas pelo INAMPS em 1976 terminou sendo internada.

Esta modalidade de prestação de serviços por U.S. além de seriamente prejudicial para os usuários da Previdência Social, vem se revelando desinteressante para as próprias firmas empregadoras - por manter os empregados afastados da produção, submetendo-os a um excesso de intervenções médicas - e até mesmo para a Previdência, que assiste desde 1976 ao agravamento de uma séria crise orçamentária nos recursos destinados à assistência médica, naquele ano insuficientes para cobrir as despesas realizadas. Esta acabou determinando, em 1977, a incorporação de novas fontes de receita, através da Reforma do SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social), que englobou no INAMPS os recursos da assistência médica do FUNRURAL, do IPASE e do LBA, concentrando-os assim sobre os usuários do ex-INPS (assalariados urbanos).

A atual crise financeira do INAMPS - que a racionalização admi-

-nistrativa e a incorporação de novas fontes de receita não conseguiram resolver, mas apenas atenuar - está ao que tudo indica relacionada com a queda no poder aquisitivo dos salários dos trabalhadores, uma vez que a receita previdenciária está em estreita dependência da receita de contribuição, descontada sobre a folha de pagamento, pela dívida da União, das empresas e das autarquias.

O agravamento da situação financeira do sistema previdenciário acaba tornando inviável a alternativa de pagamento por unidade de serviço pela enorme drenagem de recursos para os hospitais privados que esta propicia. As advertências que vêm tornando cada vez mais frequentes na imprensa por parte da própria Previdência Social com relação aos "excessos" nas internações e nos atendimentos de urgência representa sem dúvida um freio às pressões do grupo de interesses que pretendia manter indefinidamente a expansão do setor privado hospitalar via pagamento por unidade de serviço. Embora esta forma de contrato ainda esteja em vigor, tudo indica que a atual tendência do sistema previdenciário seja a de incentivar a política de convênios, em que o problema "deixa de ser do INAMPS e passa a ser da empresa", segundo palavras de um funcionário da própria autarquia.

A existência de um limite orçamentário atuarial da Previdência coloca um obstáculo à expansão no setor privado hospitalar, levando-o a uma desaceleração, que aliás já vem ocorrendo. Desde 1964, quando desencadeou a política privatizante no IAPI a Previdência Social vinha favorecendo a expansão altamente lucrativa das empresas hospitalares, mesmo aquelas supostamente "sem fins lucrativos" e as filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdia, que vêm diminuindo consideravelmente a par

-ticipação de indigentes em sua clientela em favor de previdenciários. Com o crescimento do sistema previdenciário, que passou de 7 milhões de contribuintes em 1967 para 18 milhões de contribuintes em 1977, assistiu-se ao vertiginoso crescimento dos hospitais e das clínicas privadas que têm na Previdência o seu maior comprador, conforme declarações do presidente da Federação Brasileira dos Hospitais já em 1967. Contudo, em 1976, ano em que a crise do setor hospitalar já começava a se manifestar com maior intensidade, o INPS viu-se obrigado a suspender o credenciamento de novos hospitais, o que gerou inúmeros protestos das entidades hospitalares contra a "estatização" supostamente pretendida pelo Ministério da Previdência e Assistência Social.

Embora tenha favorecido durante duas décadas a expansão das empresas hospitalares, a Previdência Social não terá mais condições de se constituir eternamente em principal compradora direta. A lucratividade crescente do sistema hospitalar acabou esbarrando na limitação do poder de compra do INAMPS.

Para o sistema previdenciário, as formas de convênio com empresas médicas são as mais interessantes, pois ao funcionarem em esquema de seguro, evitando os ônus com atendimentos, exames e internações, operam a um custo menor. Além disto, é uma forma de expansão do setor privado que possui maior autonomia com relação à Previdência Social. É interessante observar, a título de ilustração, que dos 109 convênios firmados pela UNIMED de Campinas com as empresas em 1977, apenas 20 eram homologados pelo INPS, ou seja, tinham o INPS como intermediário. Os demais contratos eram efetuados diretamente entre as firmas empregadoras e a empresa médica.

Para boa parte das empresas industriais e de serviços de pequeno e médio porte muitas vezes não interessa o convênio global com a empresa médica via INAMPS, pois este prevê a cobertura de todos os empregados o que, dependendo do tamanho da empresa, pode não ser vantajoso para os empregadores. Ocorrem, então, contratos particulares diretos entre empresa e empresa médica, apenas para determinadas categorias de trabalhadores, em geral os mais qualificados e os executivos.

Isto significa que para determinadas empresas interessa comprar assistência médica para os seus empregados independentemente do subsídio previdenciário, o que chega a representar em determinadas modalidades de contrato, como no caso da UNIMED, um custo para a empresa três vezes maior do que ela teria se utilizasse simplesmente o INAMPS.

As empresas médicas de grupo e as cooperativas médicas encontraram portanto formas independentes de sobrevivência no mercado: deixaram de ter a Previdência como único comprador e passaram a incorporar em seu mercado as firmas empregadoras, em especial as de grande e médio porte, com uma infinidade de planos e contratos alternativos: alguns cobrem todos os empregados mas não dependentes, outros cobrem apenas os mais qualificados, deixando o restante dos trabalhadores entregues às filas do INAMPS, outros ainda estabelecem planos que prevêem a complementação pelo próprio empregado e hierarquizam o atendimento de acordo com o seu poder aquisitivo e há também os que prevêem o contrato coletivo de várias empresas de pequeno porte em um plano único.

A política previdenciária de expansão dos convênios com empresas vem deslocando progressivamente para as empresas médicas a transferência de recursos que até então se concentrava nos hospitais sob a forma

de pagamento por unidade de serviço. Isto não significa necessariamente que os hospitais tendam a desaparecer, mas apenas que se subordinarão de maneira crescente ao controle das empresas médicas e passarão a responder à lógica destas últimas.

O hospital em si mesmo nada mais é do que o "locus" onde convivem formas heterogêneas de compra de serviços, onde se realizam internações, consultas e exames complementares, cuja especificidade quanto à natureza da atividade realizada está no tipo de paciente que é atendido, o que pode mudar radicalmente o diagnóstico e a conduta. O paciente particular, o paciente UNIMED, o previdenciário comum, o paciente de uma grande empresa que tenha contrato com o hospital para internação por acidente do trabalho, cada uma dessas categorias desencadeia um certo tipo de processo de trabalho no espaço hospitalar, seguindo um fluxo próprio, inclusive em termos de planta física: os leitos previdenciários, os leitos particulares, os leitos reservados à UNIMED, à SAMCIL, etc.

Alterando-se suas formas de financiamento, o processo de trabalho em âmbito hospitalar tenderá também a se alterar, reorganizando-se face às novas exigências que se impõem. O hospital passará assim a responder mais diretamente à demanda das firmas que contratam as empresas médicas para as quais o excesso de internações resultante do pagamento por unidade de serviço não interessa.

Em síntese a estrutura e funcionamento do setor privado médico subordina-se à sua lógica de acumulação como um setor capitalista, que progressivamente se organiza de forma a se adequar às exigências do próprio mercado que, por sua vez, está fortemente articulado às condições em

que se processa a produção no conjunto do sistema capitalista.

A crise da assistência médica previdenciária não é, portanto, a expressão de um colapso do sistema de saúde brasileiro, e nem tenderá necessariamente a desembocar numa "socialização" da Medicina no país. Ela é a consequência "natural" de um ajuste na organização institucional da Medicina às necessidades contraditórias impostas de um lado pela acumulação de capital do setor de medicina privada e de outro pela incapacidade financeira da Previdência Social nas condições atuais - com a estreita dependência que estabeleceu com relação à rede hospitalar privada para o atendimento de seus usuários - em atender à demanda com seus próprios recursos. Para que isto pudesse ocorrer, seria necessário que a Previdência Social dispusesse de instrumentos de intervenção que, contrariando os interesses do setor privado médico, lhe permitissem a regionalização e a hierarquização das ações de saúde por meio de um sistema de complexidade crescente (progressiva), com ampla rede ambulatorial de postos de saúde integrando e ampliando a capacidade instalada dos postos municipais, estaduais e a rede própria do INAMPS, que filtraria para os hospitais - transformados em hospitais públicos - somente aqueles casos que realmente necessitassem de internação.

Mas isto representa nada menos do que a própria estatização da Medicina, cuja efetivação se chocaria com fortes interesses dos diferentes grupos privados médicos, cuja influência na cúpula da Previdência Social dificulta atualmente medidas bem mais suaves do que essa - como a expansão do setor público através de convênios com Prefeituras e mesmo a extensão da cobertura na rede ambulatorial e hospitalar pública do próprio INAMPS.

Entretanto, mesmo a estatização pura e simples não asseguraria a melhoria de qualidade das condições de assistência médica ao trabalhador. Esta é uma questão política que diz respeito à proteção de sua saúde e como tal deve ser enfrentada. O problema da qualidade da assistência médica recebida, o controle sobre ela, o problema das doenças ocupacionais e dos acidentes de trabalho, são questões que sempre estiveram relegadas a segundo plano e que devem, juntamente com a questão salarial, ser incorporadas entre as reivindicações dos trabalhadores: a venda de sua força de trabalho não deve implicar a venda de sua saúde. O processo que culminou com a unificação do INPS em 1967 retirou a representação dos trabalhadores a nível colegiado na Previdência Social com a instituição dos Conselhos Administrativos e Fiscais dos IAPs por juntas interventoras, o que criou condições ótimas para a adoção de políticas assistenciais contrárias aos seus interesses. A participação dos trabalhadores contribuintes da Previdência nas decisões desta última é uma importante reivindicação política sem a qual a estatização não teria sentido.

Além disso, mesmo que se pudesse efetivar em condições favoráveis aos trabalhadores cobertos pela Previdência Social, a estatização da medicina não significaria necessariamente uma socialização do sistema de saúde, pois ao se realizar sob um Estado capitalista a atividade médica permaneceria subordinada aos condicionantes da lógica de atuação do mesmo, o que no presente caso implicaria continuar concentrando os precários serviços que presta a determinadas categorias de assalariados urbanos previdenciários, em detrimento das demais camadas "inferiores" da população.

Num país como o Brasil, ao contrário de alguns países capitalistas mais desenvolvidos, onde foi possível "socializar" a medicina, isto significaria deixar de fora do sistema de saúde uma imensa parcela da população.

Para esta camada "inferior" da população brasileira as perspectivas são bem mais sombrias e só lhe resta o controle da natalidade e a seleção "natural" pela doença e pela morte. Carente de recursos dos mais elementares, encontra-se marginalizada do processo produtivo, pela incapacidade do sistema econômico capitalista no país, nas atuais condições, de criar empregos capazes de absorvê-la. O problema tem portanto pouco a ver com uma Política de Saúde, pois mesmo que o Ministério da Saúde dispusesse de um volume maior de recursos, seria impossível resolvê-lo, uma vez que a saúde é neste caso mera consequência de extrema precariedade das condições de vida e de trabalho desta camada.

O problema de se resolver a dicotomia da atual política de saúde no Brasil - assistência médica e saúde pública - remete, no fundo, à questão de se a "racionalidade" que gera esta dicotomia e a mantém ao nível do próprio "Sistema Nacional de Saúde" pode ser mudada, isto é, de se esta população excedente poderá vir a ser incorporada ao sistema produtivo e à sociedade.

As atuais propostas alternativas - que incluem a expansão do setor público, atenção primária e extensão da cobertura - respondem na verdade às necessidades financeiras do próprio INAMPS em sua política privatizante de barateamento de custos para o setor público e transferência de maior parte dos serviços (e respectivos recursos) para o setor privado. Embora possa contribuir para melhorar os serviços oferecidos à população trabalhadora e para a formação e conscientização dos

profissionais de saúde, através da permanente contradição entre a ideologia expressa nos projetos "alternativos" e a realidade, a verdade é que a expansão do setor público continuará afinal respondendo a determinações do próprio sistema produtivo, mantendo assim sua principal característica: a concentração dos serviços nos pólos urbanos industrializados e a paralela marginalização de grandes contingentes populacionais.

A integração do Ministério da Saúde com o Ministério da Previdência e Assistência Social, como querem alguns, não seria tampouco uma alternativa válida: ao invés de subordinar os recursos previdenciários aos supostos objetivos da saúde pública, redistribuindo o patrimônio dos trabalhadores à população em geral - o que o próprio Ministério da Previdência insiste em mostrar inviável - ocorreria justamente o inverso, de resto uma tendência atual e bem mais provável de unificação: a incorporação pela Previdência dos recursos do Ministério da Saúde como uma fonte adicional de receita, reforçando o padrão vigente de operação e concentrando mais estes recursos na assistência (que continuaria precária) aos assalariados urbanos, através de sua transferência ao setor privado.

Enfim, a questão da saúde pública no Brasil assume as dimensões assustadoras do presente como decorrência das características estruturais e históricas de atraso do desenvolvimento do capitalismo no país, o que poderia ser apenas atenuado através de uma política decisivamente voltada à defesa dos interesses do conjunto da população. Por isso mesmo não existe nenhuma alternativa de solução dos problemas de saúde da população brasileira que possa ser buscada apenas no interior do próprio setor saúde.

BIBLIOGRAFIA

- Abrenches, F.F. - Do Seguro Mercantilista de Acidentes do Trabalho ao Seguro Social, Sugestões Literárias S/A, São Paulo, 1974.
- Abreu, M.P. - "Acidentes do Trabalho: a Experiência Brasileira Recente", Pesquisa e Planejamento Econômico, v.8 nº 2, IPEA, Rio de Janeiro, agosto de 1978.
- Alves de Almeida, J. - A Previdência Social através dos Tempos, Centro de Documentação e Informação, Câmara dos Deputados, Brasília, 1974.
- Aguiar, N. - "Modalidades Assistenciais do INAMPS", exposição no painel sobre Estado e Previdência Social, EBAP, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, setembro de 1978, (mimeo.).
- Araújo, J.D. - "A mortalidade infantil no Estado da Bahia, Brasil", Revista de Saúde Pública, São Paulo, 7: 29-36, 1973.
- Arouca, A.S.S. - "Introdução à Crítica do Setor Saúde", Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, 1974, (mimeo.).
- _____ - O Dilema Preventivista: Contribuição para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva no Brasil, tese de doutoramento, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, 1975, (mimeo.).
- _____ et alii - O Trabalho em Saúde, FINEP, Rio de Janeiro, 1978, (mimeo.).
- Arouca, A.T. - "O Trabalho e a Doença", Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate, organizado por Reinaldo Guimarães, Edições GRAAL, Rio de Janeiro, 1978.
- Assis Pacheco, M.V. - A Máfia dos Remédios, Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 1978.
- Auster, R. et alii - "The production of health, an exploratory study", Journal of Human Resources, 4, outono de 1969.
- Bandeira, M. - Cartéis e Desnacionalização, Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 1975.
- Barat, A.M. - Estudo da Gastos no Setor Público com a Função Saúde, Ministério da Saúde, Secretaria Geral, PAPPE, Rio de Janeiro, 1973.

- Barros Leonardi, V.P. - "Efeitos Sociais da Primeira Industrialização no Brasil", História do Século 20, Editora Abril, nº 33, 1974.
- Barroso Leite, C. - "O Seguro de Acidentes do Trabalho ainda tem razão de ser?", Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, FUNDACENTRO, São Paulo, vol.V, nº 17, jan./fev./mar. 1977.
- Bartoli, P., Barrère, M.A. e Outin, J.L. - Genèse Médicale des Situations de Pauvreté, Actions Thématiques Programmées nº 6, Éditions du Centre National de la Recherche Scientifique, Paris, 1975.
- Bedrikow, B., Junqueira, J.A. e Nogueira, O.P. - "Medicina do Trabalho", in Hoiler, S. - Manual de Relações Industriais, 1967.
- Benevides, F.C.S. - "Assistência Médica e Previdência Social", Previdência Social, nº 3, nov-dez.1967.
- Bonelli, R. - Tecnologia e Crescimento Industrial: a experiência brasileira nos anos 60, IPEA, série monográfica nº 25, Rio de Janeiro, 1976.
- Braga, J.C.S. - A Questão da Saúde no Brasil, dissertação de mestrado, Departamento de Economia e Planejamento Econômico, UNICAMP, Campinas, 1978. (mimeo.)
- Brandão, M.E.C. et alii - "Aspectos de segurança e higiene nos óbitos por acidentes do trabalho", Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho, 11º, Curitiba, 1972. Anais, Rio de Janeiro, DNSHT, 1972.
- Braverman, H. - Trabalho e Capital Monopolista: a Degradação do Trabalho no Século XX, Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1977.
- Bright, J.R. - Automation and Management, Harvard Business School, 1958.
- Brito, A. - Anuário do Trabalho e da Previdência, 1974-1975, Editas, Rio de Janeiro, 1975.
- Bourdieu, P. e Passeron, J.C. - A Reprodução, Francisco Alves, Rio de Janeiro, 1975.
- Buss, P.M., Shiraiwa, T. e Maranhão, E. - Ministério da Saúde e Saúde Coletiva: a história de 20 anos, 1953-1974, Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1976. (mimeo.)

- Camargo, C.P.F. et alii - São Paulo 1975, crescimento e pobreza, CEBRAP, Edições Loyola, São Paulo, 1976.
- Canguilhem, G. - Lo Normal y lo Patologico, Siglo XXI, Buenos Aires, 1971.
- Cantanhede, C. - Organização do Trabalho, Atlas, São Paulo, 1976.
- Cardoso de Mello, J.M. - O Capitalismo Tardio, tese de doutoramento, Departamento de Economia e Planejamento Econômico, UNICAMP, Campinas, 1975.
- Cardoso, F.H. - O Modelo Político Brasileiro, Difusão Européia do Livro, São Paulo, 1973.
- Carvalho e Castro, P. - Saúde e Saneamento em São Paulo, Comissão Inter-Est. da Bacia do Paraná-Uruguaí, 1964.
- Centro de Estudos de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais - Nemesis, nº 2, Minas Gerais.
- Chaves, M. - "Análise do crescimento provável do número de médicos no Brasil: opções necessárias.", Reunião Anual da Associação Brasileira de Educação Médica, 9ª, Curitiba, setembro de 1971. (mimeo.)
- Cherubin, A.N. - Hospitais do Brasil, Convênio Sociedade Beneficente São Camilo e CEBRAE, São Paulo, 1976.
- Clemente, D.S. - "Investigação de 1.000 acidentes graves", trabalho apresentado ao 13º Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho, São Paulo, 1974.
- Copans, J. - Critique et Politiques de l'Anthropologie, Maspero, Paris, 1974.
- Cordeiro, H.A. - "Padrões de Consumo de Medicamentos - Resultados Preliminares", Revista de Administração Pública, vol.11, nº3, (jul./set. 1977), pp.163-167.
- Costa, M.A. - "A força de trabalho no Brasil", Estudos Econômicos Brasileiros, Seleções APEC, nº8, Rio de Janeiro, 1971.
- Cupertino, F. - População e Saúde Pública no Brasil: povo pobre é povo doente, Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 1976.
- Dean, W. - A industrialização de São Paulo, Difel, São Paulo, 1971.

(DIEESE) - Pesquisa, São Paulo, 1974, apud Luz, M. (1979)

_____ - Família Assalariada: padrão e custo,
Estudos Sócio-Econômicos (2), São Paulo, janeiro de 1974.

_____ - Pesquisa, São Paulo, outubro de 1976.
apud Tragtenberg, M. (1979).

Donnangelo, M.C.F. - Medicina e Sociedade, Pioneira, São Paulo, 1975.

_____ - Saúde e Sociedade, Duas Cidades, São Paulo, 1976.

Durão, M. - "Comentários", Simpósio Brasileiro de Medicina de Grupo,
Anais, ABRAMGE, São Paulo, março de 1972.

Escosteguy, J.A.C. - "Acidentes do Trabalho nos Segurados do INPS em
1976", Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, FUNDACENTRO,
São Paulo, vol.V, nº 17, jan./fev./mar. 1977.

Faria de Melo, Z. - "A Reprodução da Força de Trabalho e os Índices
Salariais", Encontros com a Civilização Brasileira, nº 2, agosto
de 1978.

Fausto, B. - Trabalho Urbano e Conflito Social, Difel, São Paulo, 1977.

Ferguson, G.A. - "On learning and human ability", Intelligence and
Ability, editado por S. Wiseman, Middlesex, Penguin, 1967.

Fernandes, A. - "Planejamento da Integração dos Serviços de Saúde Pú-
blicos e Privados, em Nível Federal, Estadual e Municipal. O
Ponto de Vista da Iniciativa Privada", Seminário sobre Assistên-
cia Médica no Brasil, São Paulo, 7 a 11 de abril de 1976. (mimeo.).

Fessel, E. - "Assistência Hospitalar Própria e Contratada do Instituto
Nacional de Previdência Social", Revista Paulista de Hospitais,
Ano XXV, vol. XXV, nº1, Janeiro de 1977.

Finocchiaro, J. - Causas e Prevenção dos Acidentes e das Doenças do
Trabalho em São Paulo, Lex Editora, São Paulo, 1976.

Freedman, M. - "Social and Cultural Anthropology", Chapter I, Interna-
tional Study on the Main Trends of Research in the Field of the
Social and Human Sciences, part II, UNESCO, 1974.

Frenkel, J. et alii - Tecnologia e Competição na Indústria Farmacêuti-
ca Brasileira, FINEP, 1978. (mimeo.).

- Foucault, M. - Naissance de la Clinique. Espaces et Classes, PUF, Paris, 1963.
- Godelier, M. - Horison, trajets marxistes en anthropologie, Paris, 1937.
- Gentile de Mello, G. - Saúde e Assistência Médica no Brasil, CEBES - HUCITEC, São Paulo, 1977.
- _____ - "A Formação do Médico Generalista e a Medicina Previdenciária", Saúde em Debate, CEBES, nº 7/8, abril-maio-junho de 1978.
- Garcia, J.C. - Medicina y Sociedad, 1976. (mimeo.).
- _____ - La Articulacion de la Medicina y de la Educacion en la Estructura Social, 1977. (mimeo.).
- Gabalton, A. - "Changing problems of preventive medicine in the tropics", Industry and Tropical Health. IV. Proceedings of the 4th Conference of the Industrial Council for Tropical Health, Boston, 1961.
- Gilbreth, F. and Gilbreth, L. - Applied Motion Study, Edit. Storgis, 1919.
- Giovanni, G. - "Sobre a Política de Medicamentos", 30a. Reunião Anual da SBPC, Mesa Redonda sobre Política Nacional de Saúde: Aspectos da Problemática Atual, São Paulo, 11 de julho de 1978.
- Hoffmann, H. - Desemprego e Subemprego no Brasil, Atica, São Paulo, 1977.
- Illich, I. - A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina, Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1975.
- Kowarick, L. - Capitalismo e Marginalidade na America Latina, Paz e Terra, 1977.
- Leser, W. - "Crescimento da população da cidade de São Paulo, entre 1950 e 1970, e seu reflexo nas condições de saúde pública", in Andrade, M.C. et alii, Meio-ambiente, desenvolvimento e subdesenvolvimento, HUCITEC, São Paulo, 1976.
- Letourmy, A. e Gibert, F. - Santé, environnement, consommations médicales: Un modèle et son estimation à partir des données de mortalité, CEREBE Paris, 1974.
- Luz, M.T. - As Instituições Médicas no Brasil: Instituição e Estratégia de Hegemonia, Edições GRAAL, Rio de Janeiro, 1979.

- Machado, A. - Os Honorários Médicos, Casa Mayença, São Paulo, 1922.
- Machline, C. et alii - Manual de Administração da Produção, vol. I, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1978.
- Madeira, J.L. - "Situação Demográfica Brasileira", in Academia de Ciências do Estado de São Paulo, Brasil em Explosão Demográfica, Anais do III Simpósio Anual, Publicação ACIESP nº 14, Secretaria da Cultura, Ciência e Tecnologia, São Paulo, 7 a 11 de novembro de 1978.
- Magalhães, C.E.P. - Relação entre Limitação, Ramo de Atividade, Função e Salário com Acidente do Trabalho, Serviço de Pesquisa do Mercado de Trabalho do Centro de Reabilitação Profissional do INPS, São Paulo, 1975. (mimeo.).
- Malloy, J. - "Previdência Social e Classe Oparária no Brasil (uma nota de pesquisa)", Estudos CEBRAP, nº 15, São Paulo, 1976.
- _____ - "A Política de Previdência Social no Brasil: Participação e Paternalismo", Revista Dados, nº 13, IUPERJ, Rio de Janeiro, 1976.
- Martinez-Alier, Verena - Antropologia e História, novas notas a um velho debate, trabalho apresentado no IXth. International Congress of Anthropological and Ethnological Sciences, Chicago, 1973. (mimeo.).
- Marx, K. - O Capital, livro I, vol.I, Capítulo VI (Inédito), 1863. Tradução Espanhola, Siglo XXI, Buenos Aires, 1974.
- _____ - O Capital, livro I, vol.I, 1867. Tradução port., Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 1971.
- Meneses, G. - "Objetivos e Metas do INPS em Assistência Médica", Revista Paulista de Hospitais, Ano XXV, nº 1, São Paulo, janeiro de 1977.
- Mendes, R. - Importância das Pequenas Empresas Industriais no Problema de Acidentes do Trabalho em São Paulo, dissertação de mestrado, Faculdade de Higiene e Saúde Pública, USP, São Paulo, 1975. (mimeo.).
- _____ - Epidemiologia da Silicose na Região Sudeste do Brasil, tese de doutoramento, Faculdade de Higiene e Saúde Pública, USP, São Paulo, 1978. (mimeo.).

- Moura Castro, C. e Mello e Souza, A. - Mão de Obra Industrial no Brasil: Mobilidade, Treinamento e Produtividade, IPEA, Relatório de Pesquisa nº 25, Rio de Janeiro, 1974.
- Nakamura, M.S. e Fonseca, J.P.B. - Pesquisa de Saúde Materno-Infantil no Estado de São Paulo, 1978, PUCC, Campinas, 1979 (mimeo.).
- Navarro, V. - Social Class, Political Power and the State - and their Implications in Health and Medicine, John Hopkins University, Baltimore, 1976, (mimeo.).
- Nun, J. - "Superpopulação Relativa, Exército Industrial de Reserva e Massa Marginal", in Pereira, L., organizador - Populações "Marginais", Duas Cidades, São Paulo, 1978.
- O'Brien, F.S. e Salm, C.L. - "Desemprego e Subemprego no Brasil", Revista Brasileira de Economia, 1970, v.24, nº 4.
- Oliveira, F. - "A Produção dos Homens: Notas sobre a reprodução da população sob o capital", Estudos CEBRAP, nº 16, São Paulo, 1976.
- Opitz, O. - Estatização do Seguro de Acidentes do Trabalho, vol. I, Editora Borsoi, Rio de Janeiro, 1968.
- Pereira, L. - organizador, Populações "Marginais", Duas Cidades, São Paulo, 1978.
- Piragibe Magalhães, H. - Acidentes do Trabalho, Editora Borsoi, Rio de Janeiro, 1972.
- Pires, I.M. - O Atual Estágio do Planasa, BNH, 1977, (mimeo.).
- Pollack, J.C. - La Médecine du Capital, Maspero, Paris, 1971.
- Poppe de Figueiredo, F.H. - discurso ao Simpósio Brasileiro de Medicina de Grupo, Anais, ABRAMGE, São Paulo, 8 a 10 de março de 1972.
- Puffer, R.R. e Serrano, C.V. - "Patterns of Mortality in Childhood", Pan American Health Organization, Scientific Publication nº 262, Washington D.C., 1973.
- Rebouças, A.J.A. - "Legislação Brasileira sobre Acidentes e Doenças do Trabalho", conferência sobre Saúde Ocupacional no Ciclo de Debates do Direito Trabalhista e Previdenciário, São Paulo, 26 de abril de 1979.

Rezende da Silva, F. e Maher, D. - Saúde e Previdência Social: Uma Análise Econômica, IPEA, Relatório de Pesquisa nº 21, Rio de Janeiro, 1974.

Ribeiro, A.C.T. - "Os Anos 50: Desenvolvimentismo e Saúde", in Ribeiro, A.C.T., Picaluga, I.F. e Rosário, N. - Campanhas Sanitárias e sua Institucionalização: um estudo histórico da saúde pública no Brasil, relatório parcial de pesquisa, PESES, Rio de Janeiro, 1977.(mimeo.).

Rodrigues, J.A. - Sindicato e Desenvolvimento no Brasil, Difel, São Paulo, 1968.

Rodrigues, L.M. - Conflito Industrial e Sindicalismo no Brasil, Difel, São Paulo, 1966.

_____ - Industrialização e Atitudes Operárias, Brasiliense, São Paulo, 1970.

Robinson, J. - "Later Day of Capitalism", New Left Review, 1962.

Rosario, N. - "Oswaldo Cruz e a Questão da Saúde", Saúde em Debate, nº 4, CEBES, São Paulo, 1977.

Russomano, H.V. - Comentários à Lei de Acidentes do Trabalho, vol.I, José Konfino Editor, Rio de Janeiro, 1967.

Saboia, J.L.M. - "Mortalidade Infantil e Salário Mínimo - Uma Análise de Intervenção para o Município de São Paulo", trabalho apresentado à III Conferência de Engenharia Biomédica, realizada na Universidade Federal do Rio de Janeiro, dezembro de 1975.(mimeo)

Salm, C. - "Evolução do Mercado de Trabalho, 1969/1972", Estudos CEBEP nº 8, São Paulo, 1974.

Sayeg, M. A. - "Correlações numéricas entre Médicos e Outros Profissionais de Nível Superior", trabalho apresentado à VI Conferência Pan-Americana de Educação Médica/XIV Congresso Brasileiro de Educação Médica, Rio de Janeiro, 1976,(mimeo.).

_____ et alii, "Pessoal de Saúde Utilizado em Hospitais da Guanabara", Rev.Med.Atm., Porto Alegre, 9: 87-106, 1974.

Simão, A. - Sindicato e Estado, Dominus, São Paulo, 1966.

- Simonsen, M.H. - Brasil 2001, APEC Editora S/A, Rio de Janeiro, 1969.
- _____ - Brasil 2002, APEC Editora S/A, Rio de Janeiro, 1972.
- Soares, Luis Eduardo - "Vendendo Saúde: O INPS e a Seguridade Social no Brasil", Saúde em Debate nº 2, CEBES, São Paulo, 1977.
- Sounis, E. - Manual de Higiene e Medicina do Trabalho, McGraw-Hill do Brasil, São Paulo, 1975.
- Souto, D.F. - "Perspectivas da Assistência Médica no Brasil", Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, vol.IV nº 13, São Paulo, jan./mar. 1976.
- Souza, L.R. - O Problema Hospitalar no Brasil: Novos Rumos - Novas Soluções, Co-ed. da Federação Brasileira de Hospitais e do Centro Brasileiro de Assistência Gerencial à Pequena e Média Empresa (CEBRAE), Rio de Janeiro, 1976.
- Souza, P.R. - "Acumulação, Salários e Super-População Relativa", UNICAMP, Campinas, 1978. (mimeo.).
- _____ e Baltar, P. - "Salário Mínimo e Taxa de Salários no Brasil", UNICAMP, Campinas, 1979. (mimeo.).
- Stallones, R. A. - Environnement, Écologie et Epidémiologie, Ciclo de Conferências Científicas, OPAS/OMS, Washington, 30 de setembro de 1971.
- Stellman, J.M. e Daum, S.M. - Trabalho e Saúde na Indústria: Riscos Físicos e Químicos e Prevenção de Acidentes, EPU, Ed. da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1975.
- Stephanes, R. - "A Previdência Social Urbana e o INPS", Conferência proferida no IIº Programa Toptema, Rio de Janeiro, março de 1977. (mimeo.).
- Stewart, J. - "Allocation of resources to health", Journal of Human Resources, VI, 1, 1971
- Suplicy, E.M. - Política Econômica Brasileira e Internacional, Vozes, Rio de Janeiro, 1977.
- Tavares, M.C. e Serra, J. - "Mas allá del Estancamiento: Una Discusión sobre el Estilo del Desarrollo Reciente", El Trimestre Económico, México, 1971. v. 33 (4), nº 152.

Toledo Junior, I.F.B. e Kuratomi, S. - Cronoanálise, ITYSHO, São Paulo, 1977.

Tragtenberg, M. - "Violência e Trabalho através da Imprensa Sindical", Educação e Sociedade, nº 2, Cortez & Moraes, jan.1979.

Yunes, J. e Ronchezal, V.S.C. - "Evolução da Mortalidade Infantil e Proporcional no Brasil", Revista de Saúde Pública, junho de 1974.

Val de Casas, W. - "Critérios de avaliação da redução da capacidade para o trabalho, dos benefícios por acidentes do trabalho, previstos pela PT-MTPS-SAT nº 2, de 18 de janeiro de 1968, para os acidentados cobertos pela Lei nº 5.316/67", INPS, Brasília, março de 1972.

Vargas, G. - A Nova Política do Brasil, José Olympio, v.2, Rio de Janeiro.

Vianna, W. - Liberalismo e Sindicato no Brasil, Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1976.

Vital, J. - "Programa Especial de Pediatria", INPS, apostila apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 1977.

JORNAIS E PERIÓDICOS

Eco Operario (1898), Rio Grande do Sul, apud Barros Leonardi, V.P. (1974)

O Estado de São Paulo (5/12/17), apud Simão, A. (1966).

Visão Trabalhista (jan. fev. mar. 1976), nº 23, Osasco.

Movimento, "Acidentes de Trabalho: a Queda dos Números", 11/7/77.

Folha de São Paulo, "Contestado o número de acidentes", 24/8/77.

Folha de São Paulo, "A Silicose será discutida por Médicos e Ceramistas", 7/1/79.

Folha de São Paulo, "Contag quer melhor assistência", 27/9/79

Diário de Notícias, "Medicina de Grupo atende a 5 milhões", 6/10/76.

Revista Visão, 21/3/77 - "A imensa fortuna da previdência" e entrevista com o Ministro Nascimento Silva.

Revista Veja, 3/10/79 - entrevista com o Ministro Jair Soares.

PUBLICAÇÕES OFICIAIS

Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) - II Congresso, Anais, 1974.

Câmara dos Deputados, Comissão de Saúde - Anais do Simpósio Nacional de Assistência Médica Previdenciária, 18 a 21 de junho de 1973, Brasília.

Comissão Parlamentar de Inquérito - CPI da Previdência Social, número especial, depoimento e livro branco, Brasília, 8, 9 e 14 de fevereiro e Guanabara, 8 de março de 1968.

DATAPREV - Sistema de Contas Hospitalares, Projeto, 1976.

EPEA - Previdência Social, Diagnóstico Preliminar, 1966.

INPS - A Atuação na Perícia Médica em 1975, Rio, 1976. (mimeo.).

INPS - Informe nº 57, novembro de 1976.

INPS - Informe nº 64, agosto de 1977.

IPEA - Dispêndios em Educação e Saúde, documento, 25/8/76.

Ministério da Saúde - Plano de Coordenação das Atividades de Proteção e Recuperação da Saúde, 1968.

Ministério da Saúde - Política Nacional de Saúde, 1973.

Ministério da Saúde - Relatório de Acompanhamento de 1977.

MPAS - Assistência Psiquiátrica na Previdência Social, 1975.

MPAS/INPS - O que é o INPS, documento oficial, 1976.

MPAS/INPS - Programa de Ação 1975, Resultados, documento oficial. 1976.

MPAS/INPS - Estudos para a Implantação do INAMPS, 1978 (projeção).

Primeiro Congresso Nacional de Hospitais e Primeira Conferência Nacional de Diretores de Serviços de Assistência Hospitalar - Anais, 1955.

Unidade	BC
Proc	
Ass. te	
Proc	doação
Data	21/3/80

I Semana de Saúde do Trabalhador (I SEMSAT) - Saúde não se troca por dinheiro, documento básico, São Paulo, 14 a 19 de maio de 1979.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - Saúde, agosto/set. 1978.

FONTES

World Health Statistics Annual

World Health Statistics Report

IBGE - Anuário Estatístico - anos de 1972, 1973, 1974 e 1978.

IBGE - Censo Demográfico de 1970.

IBGE - Censo Industrial de 1970.

IBGE - Pesquisa Industrial de 1973.

IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 1970, 1976.

FUNRURAL - Boletim Estatístico de 1978

DEM - Departamento Nacional de Produção Mineral - Anuário Mineral Brasileiro, 1978.

GIT - Yearbook of Labour Statistics, International Labour Office, Genebra, 1974.

INPS - Secretaria de Seguros Sociais, dados para vários anos sobre acidentes de trabalho.

MPAS, INPS, SRSP, SSS - dados estatísticos para vários anos apresentados pela Previdência Social à XXVII Semana de Prevenção de Acidentes do Trabalho.

INPS - Plano de Pronta Ação, 1974.

INPS - Mensário Estatístico, diversos números.

DATAPREV - Cadastro de Contribuintes, com dados para vários anos.

PAEG - Plano de Ação Econômica do Governo, 1964/1965.

Ministério da Saúde - Departamento Nacional de Saúde, Brasil Hospitalar 1950.

Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Saúde - Primeiro Censo Hospitalar do Brasil, 1965.

Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência Médica, Cadastro Hospitalar Brasileiro, 1973.

CEME - Plano Diretor, 1973.