

Este estudo pioneiro trata de determinada prática social — a Terapia Ocupacional — no interior da divisão do trabalho em saúde na sociedade brasileira, e busca as razões que sustentam a terapêutica laborativa, para o capital.



EDITORA HUCITEC

3

ISBN 85.271-0148.3

LÉA TEIXEIRA SOARES

TERAPIA OCUPACIONAL

LÓGICA DO CAPITAL OU DO TRABALHO?

LÉA BEATRIZ TEIXEIRA SOARES



HUCITEC

2

POLÍTICAS DE SAÚDE NO SÉCULO XX FACE ÀS CONDIÇÕES ESTRUTURAIS DA SOCIEDADE BRASILEIRA

A compreensão das medidas de saúde destinadas à classe trabalhadora e populações marginais realizadas pelas instituições de saúde e expressas nas "políticas sociais" do Estado brasileiro requer o debate sobre o papel, a natureza e as formas de intervenção do Estado nas sociedades capitalistas contemporâneas, particularmente no Brasil, onde se desenvolveu o capitalismo tardio. O estudo das relações do Estado capitalista com as instituições de saúde foi realizado por Donnangelo e Pereira (1979), Foucault (1977), Paula, in Braga e Paula (1980) e Rosen (1979). No mesmo enfoque, o processo brasileiro foi analisado por Braga e Paula (1980), Donnangelo (1975), Machado, Loureiro, Luz e Muricy (1978) e Singer, Campos e Oliveira (1978).

Cabe ressaltar que na sociedade capitalista o Estado estabelece "políticas sociais" e, especificamente, intervém sobre a saúde da população à medida que, de um lado, a conservação e reprodução da força de trabalho é requisitada pelas classes dominantes e, de outro, a reivindicação das camadas populares por melhores condições de vida também se concretiza em necessidades de saúde.

A articulação e contraposição destes dois conjuntos de interesses se manifestam nos fenômenos de expansão ou retração das "políticas sociais".

HISTÓRIA DA MEDICINA INSTITUCIONAL NO BRASIL

A história da medicina institucional no Brasil, desde o início do século, pode ser vista sob duas formas de organiza-

ção social: primeira, as ações de saúde pública, como as campanhas sanitárias promovidas pelo Estado, de caráter mais coletivo, destinadas à população em geral e, segunda, a assistência médica individualizada, mantida tanto pelas instituições previdenciárias quanto pelas empresas nos seus serviços médicos, destinada aos trabalhadores urbanos. Na prática constituem-se três subsistemas de saúde — a saúde pública, a medicina previdenciária e a medicina do trabalho — com destinos autônomos e sofrendo determinações distintas.

Apesar desta relativa autonomia dos três subsistemas, Possas (1981) nos alerta:

“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 ao sistema previdenciário e, portanto, à lógica da produção e da privatização das ações de saúde” (p. 184).

A análise das instituições de reabilitação e de asilamento, por pertencerem, em sua maioria, à sociedade civil e terem vínculos esparsos e atuais com o sistema de saúde, não foi mencionada pela autora acima. Esta investigação busca associar estes espaços alijados do sistema à análise institucional da saúde brasileira.

O Estado brasileiro tratará da saúde como questão social a partir da economia capitalista exportadora cafeeira, quando a divisão do trabalho implicou o assalariamento da força de trabalho e condições de sua manutenção e reprodução.

Assim, o trabalho assalariado emerge a partir da dinâmica da economia exportadora capitalista cafeeira, que, segundo Cardoso de Mello (1986), se pauta em dois segmentos: um núcleo agrário-produtor de alimentos exportáveis e para o consumo interno; e o segmento urbano, a ele acoplado, que inclui comércio, financiamento, transportes, administração e indústrias.

No momento do auge exportador, os lucros obtidos pelo complexo cafeeiro foram investidos em projetos industriais, principalmente entre 1890-1894.

A política de imigração em massa supria as necessidades do núcleo produtivo e do segmento urbano do complexo cafeeiro, fornecendo, ainda, um excedente de força de trabalho que se tornava disponível ao capital industrial.

Por esse mecanismo “a burguesia cafeeira foi a matriz social da burguesia industrial” (Cardoso de Mello, 1986:100) e, por seu turno, os escravos libertos e os imigrantes foram a matriz social do proletariado urbano e rural.

A indústria nascente destinou-se à produção de bens de consumo para as classes assalariadas urbanas. Basicamente, eram fabricadas roupas, calçados e gêneros alimentícios básicos.

Assim, o processo de industrialização no Brasil elegeu a produção de bens de consumo assalariado, especialmente o produto têxtil, além de ativar a agricultura mercantil de alimentos.

A indústria pesada só foi iniciada após a metade do século, a partir da grande empresa oligopolista nacional.

A capitalização tardia e a interdependência da produção brasileira em relação aos países centrais foram condicionantes do processo de desenvolvimento nacional.

A oferta abundante de força de trabalho favoreceu a exploração das camadas assalariadas¹⁴ por meio de uma política de baixos salários, longas jornadas de trabalho, remuneração inferior de mulheres e menores, além de muitas

¹⁴ Cristina Possas, em seu livro *Saúde e Trabalho* (1984), ao apresentar as condições de existência das camadas populares no início do século, relata que: “[...] nas duas primeiras décadas do século, trabalhava-se ainda em média, em São Paulo, cerca de sessenta horas por semana. [...] Não havia contrato de trabalho. Os operários eram admitidos e despedidos verbalmente, sem aviso prévio e sem nenhum tipo de indenização. [...] Não havia férias ou descanso semanal remunerado, nem direito a licença remunerada para tratamento de saúde” (p. 193-4).

ou castigos corporais imputados aos assalariados por ocasião de falhas e infrações em serviço.

A crescente industrialização no meio urbano, aliada à exploração da força de trabalho, introduziram mutações na vida das camadas populares.

“A formação de favelas, cortiços, vilas operárias confirma cada vez mais o espaço urbano como espaço social, espaço político, isto é, desenhado pela lógica da hierarquia social. Sujeito portanto à organização e ao controle político, isto é, à instituição da Ordem” (Luz, 1979:55).

Foi nesta conjuntura que, com a criação de sindicatos e associações mutuárias, o movimento trabalhista assumiu grandes proporções, promovendo desde greves setoriais até greves gerais, como as de 1917 e 1919. Em contrapartida, modificou-se a postura liberal do governo.

Ora, se para a expansão e capitalização do sistema produtivo era imprescindível a existência do trabalho assalariado, a baixo custo, em contrapartida, as taxas de exploração da força de trabalho criavam condições de vida insatisfatórias à reprodução da força de trabalho. No rol das carências engendradas no novo modo de produção, temos: os acidentes, as doenças de massa e a subnutrição. Para minimizar estas contradições, o Estado adotou medidas que impediram a redução e o extermínio da força de trabalho urbano pela morbidade/mortalidade, mantendo assim o fluxo imigratório e a expansão crescente das camadas assalariadas.

As ações de saúde pública surgiram como respostas momentâneas a agudos problemas, como a Lei de Vacinação Obrigatória contra a Varíola, campanhas contra a febre amarela e a peste bubônica. Os programas sanitários destinam-se basicamente às áreas portuárias e regiões produtivas, coadunando-se com a política econômica agrário-exportadora nacional. As ações de saúde pública foram garantidas pelos estudos desenvolvidos nos institutos de pesquisa, como o Instituto Soroterápico de Manguinhos — RJ, criado em

1899 (hoje Fundação Osvaldo Cruz), o Instituto Bacteriológico — SP, de 1892 (hoje Instituto Adolfo Lutz) e outros que se destinaram a produzir vacinas e soros antipestosos.

As duas escolas médicas no início do século (Rio de Janeiro e Bahia), no período cafeeiro, acrescentaram-se mais sete: no Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Paraná, Distrito Federal, São Paulo, Pará e Pernambuco. Devido ao aumento da categoria médica, aliado ao interesse do governo em centralizar e fiscalizar o setor, ficou definido na Constituição e no Código Penal de 1890 o monopólio dos médicos sobre a arte de curar.

No que tange à assistência individualizada de saúde, a prática médica majoritária, de alto custo, era de cunho liberal.

Excepcionalmente, havia os serviços médicos em determinadas empresas dirigidos aos seus funcionários. A medicina do trabalho que se inaugurava, no entanto, era a mesma praticada nos consultórios particulares dos médicos, com a distinção de o médico ser, naquele momento, um técnico assalariado da empresa.

A assistência médica acessível à população pobre ficava restrita às iniciativas filantrópicas que “fundavam e mantinham as obras de misericórdia destinadas aos abrigos de indigentes, viajantes e doentes” (Singer e outros, 1978:96). Além disso, alguns estados federativos mantinham seus próprios asilos de alienados.

Neste quadro, começaram a surgir, desde a primeira metade do século XIX, associações mutuárias organizadas no meio operário inicialmente com “objetivos puramente assistenciais: serviços médico-farmacêuticos, auxílio em caso de enfermidade, invalidez, velhice e funerais” (Possas, 1981:197). Esse movimento de solidariedade de classe ampliou-se quantitativamente, sendo que, em alguns casos, as associações mutuárias começaram a ultrapassar seus limites assistenciais, ao reivindicar melhores condições de vida e trabalho aos seus associados.

A passagem do mutualismo ao modelo das Caixas de Aposentadoria e Pensões deve ser entendida no contexto da intervenção do Estado nas relações entre capital e trabalho.

Concluindo, este período de transformações de base econômica com a intervenção estatal e de intensas mobilizações populares fomentou a tecnologia médico-sanitária no Brasil. A introdução da "medicina científica" foi garantida pelos Estados desenvolvidos nos institutos de pesquisa, que forneceram as bases para a medicalização de nossa sociedade, ampliando a ação estatal na vida social (cf. Singer e outros, 1978:114-5).

Neste contexto político, nos anos 20, o Estado modifica a sua postura marcadamente liberal para inaugurar "um processo de intervenção crescente do Estado no âmbito da problemática trabalhista" (Oliveira & Teixeira, 1985:21). Em 1919 (ano da segunda greve geral), é aprovada uma lei sobre indenizações por acidente de trabalho, por unanimidade considerada marco histórico da nossa legislação trabalhista.

O movimento previdenciário brasileiro estatal foi projeto da classe empresarial brasileira, para garantir condições mínimas de estabilidade aos seus trabalhadores:

"[...] a imigração crescente necessária à expansão da força de trabalho, se contrapondo às entidades mutualistas. Assim, o projeto previdenciário pretendia esvaziar o movimento operário, introduzindo a assistência médica e reduzindo os efeitos das precárias condições de trabalho e do salário real próximo ao nível da subsistência" (cf. Braga, op. cit.:46).

A Lei Elói Chaves, de 1923, cria as Caixas de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários (CAPs, organizadas no âmbito de cada empresa). Outras leis promulgadas em anos seguintes criam as CAPs para outros setores vitais: transportes, exportação, indústria e bancos. A assistência médica e farmacêutica, além das aposentadorias e pensões destinadas a todos os empregados e dependentes, passam a ser custeadas pela arrecadação compulsória de uma taxa fixada de três por cento por trabalhador, um por cento sobre os lucros da

empresa e uma taxa sobre os serviços, por parte da União. Essas entidades, formadas nas grandes empresas privadas e públicas, eram administradas por representantes de empregados e empregadores. O Estado assume o papel normatizador entre as classes sociais.

O PRIMEIRO GOVERNO VARGAS E O ESTADO NOVO

O país enfrenta, ao final da década de 20, uma profunda crise econômica, em consequência da crise internacional e da maneira como o Brasil estava articulado com o mercado mundial. É no bojo desta crise que eclode a Revolução de 1930, que leva à presidência Getúlio Vargas. "A Revolução de 30 marca o fim da hegemonia agrário-exportadora e o início do predomínio da estrutura produtiva de base urbano-industrial" (Oliveira, 1972:9), na qual o Estado exerce a função de catalisador e articulador da acumulação do capital, destruindo o "excessivo" federalismo da Primeira República, inaugurando o processo de redução de autonomia dos diversos estados.

As principais medidas adotadas pelo Estado na esfera econômica, a partir de 1930, foram: a regulamentação das leis entre o trabalho e o capital; a fixação de preços dos produtos em geral; a penalização do custo e rentabilidade para a exportação; os subsídios diretos à indústria e os investimentos em infra-estrutura urbana.

A legislação trabalhista e a remuneração urbana superior à rural que vigoram nas cidades, associadas às demais medidas econômicas, promovem a afluência de grandes parcelas da população rural para vender sua força de trabalho ao setor industrial e usufruir as melhorias implementadas nas cidades. Em decorrência do aumento da força de trabalho urbano, parcialmente assimilado pelo setor industrial, constituiu-se o exército industrial de reserva, a partir da forma latente, ou seja, do incremento de assalariados do campo, conforme nota de rodapé 10 do capítulo anterior. A existência do exército de reserva permite não só a redução da massa de salários na

indústria como também favorece o “horizonte médio para o cálculo empresarial” (Oliveira, 1972:12).

Nesse contexto, o setor terciário — serviços — foi o responsável pela absorção dos incrementos da força de trabalho afluentes às cidades, a partir de uma gama variada de atividades e formas arcaicas de subsistência.

O caráter nacional e orgânico das medidas do Estado ligadas à questão social inaugura o que hoje chamamos de “políticas sociais”.

No plano das políticas sociais, seguindo a lógica da centralização federal, cria-se, em 1930, o Ministério da Educação e Saúde, com dois Departamentos Nacionais, um de Educação e outro de Saúde.

A política de saúde incorpora e reforma as unidades de âmbito estadual montadas nos anos 20. O Estado resolve interferir sobre os recursos das CAPs, criando os Institutos de Aposentadorias e Pensões — IAPs, passando a arrecadação tripartite a ser igualitária e a hegemonia administrativa estatal.

Assim, o Estado passa a contribuir com um terço da arrecadação a partir de impostos cobrados sobre os produtos em geral, os trabalhadores com um índice variável conforme a categoria, de três a oito por cento e as empresas deixam de contribuir com uma parcela de seus lucros para arrecadar igual percentil ao de seus assalariados.

A contribuição tripartite, paritária, tinha forte apelo ideológico: o governo Vargas chama a si a administração dos IAPs na medida em que injeta recursos no setor, as empresas e os empregados participam igualitariamente na sustentação da Previdência. A Previdência Social era pensada segundo o modelo de Seguro Social.

No entanto, a parcela tripartite da União não era repassada, a não ser de forma irregular e parcial, e a mudança na arrecadação empresarial significou uma redução imediata e progressiva em sua contribuição, já que o avanço tecnológico historicamente vem diminuir a massa de assalariados por empresa. Além disso, a arrecadação, sendo pautada na folha

salarial, tornou vulnerável o montante de recursos da Previdência para enfrentar “conjunturas econômicas recessivas e/ou injunções políticas” (Teixeira, 1986:23). Uma análise dinâmica vem mostrar que são basicamente os assalariados que sustentam a Previdência Social, de forma direta, via contribuição compulsória em seu salário, e, de forma indireta, como consumidores, via incorporação aos preços da mercadoria dos impostos e da contribuição empresarial.

Os IAPs foram expandidos ao máximo para outros setores da economia, ampliando o volume de recursos. O Estado implanta uma política “contencionista” sobre os recursos, reduzindo o valor real do pecúlio (aposentadoria ou pensão) e da cobertura da assistência médica. Enquanto em 1929-30, o número de aposentadorias correspondia a vinte por cento dos segurados, em 1944-45 eram menos que seis por cento (cf. Oliveira, 1985:64).

A orientação “contencionista”, difundida pela tecnocracia que se instala na Previdência Social objetivava a capitalização de recursos do setor a serem investidos na sustentação de setores produtivos. O Estado adota a política de “socialização das perdas” por pressão dos capitalistas. A contenção dos gastos públicos surge na medida em que foram reduzidas as arrecadações estatais simultaneamente ao aumento de atribuições do Estado.

A capitalização do setor de saúde estende-se por todo o período do governo Vargas, de 1930 a 1945. Desde o início, as medidas colocadas em prática nos IAPs, “de contenção de despesas e de aumento das contribuições dos empregados provocaram protestos e manifestações contrárias dos trabalhadores” (Oliveira & Teixeira, 1984:108).

A centralização da política de saúde pelo Estado nacional, e, em 1937, a coordenação efetiva dos Departamentos Estaduais de Saúde pelo Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, cria uma rede uniforme, onde se desenvolviam também os programas de higiene materno-infantil.

"[...] formada por uma *Diretoria*, uma *Organização de Órgãos Centralizadores* (serviços especiais de combate à tuberculose, à lepra, além de hospitais e laboratórios) e uma *Coordenação de Órgãos Descentralizados* (Centros de Saúde nas cidades maiores e postos de higiene na área rural)" (Braga, op. cit.: 54).

Este complexo de medidas da política social (expansão dos IAPs a novas categorias profissionais, o avanço da atenção à saúde para o interior do país), aliado às medidas repressivas de 1935/37¹⁵, o atrelamento das entidades sindicais ao Estado e a substituição das lideranças operárias), permitiu, contraditoriamente, que o novo regime — o Estado Novo — ampliasse a sua base de apoio social, incluindo parcelas da classe trabalhadora.

O modelo de transição implementado na ditadura de Vargas produziu um baixo custo de reprodução do trabalhador urbano também a partir da formação do operariado rural, que serviu às culturas comerciais do mercado interno e externo. O operariado rural não ganhou estatuto de proletariado, mantendo-se num padrão primitivo rural com altas taxas de exploração da força de trabalho e sem qualquer assimilação à Previdência Social.

Getúlio adota a política de "conta-gotas" na concessão de benefícios aos assalariados. Em 1940, a legislação trabalhista cria o salário mínimo, valor calculado rigorosamente como "salário de subsistência", isto é, de reprodução:

¹⁵ Este foi o período de corte radical da forma de relação entre o primeiro governo Vargas e as classes trabalhadoras. "[...] Entre 1936 e 1937 não se registra nenhuma greve, pois a Lei de Segurança Nacional, Estado de Sítio e Estado de Guerra são 'argumentos' de força contra qualquer pretensão. As prisões e intimidações levam ao recuo operário, o que, por sua vez, permite ao Ministério do Trabalho começar a substituir gradativamente a verdadeira liderança sindical operária [...]. Desta maneira, para o operariado, o Estado Novo começa em novembro de 1935" (Carone apud Oliveira & Teixeira, 1985:110).

"os critérios de fixação do primeiro salário mínimo levavam em conta as necessidades alimentares (em termos de calorias, de proteínas etc.) para um padrão de trabalhador que deveria enfrentar um certo tipo de produção, com um certo tipo de força mecânica, comprometimento psíquico etc." (Oliveira, 1972:11).

Neste cálculo não foram incluídas outras necessidades do trabalhador, como o lazer, os ganhos de produtividade e a possibilidade de expansão da força de trabalho. Em 1943, promulga-se uma nova CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) e se inicia a legislação sobre a assistência aos incapacitados do aparelho locomotor.

O modelo de transição produziu, em contrapartida, uma maior concentração de renda a partir do aumento da taxa de exploração da força de trabalho e do aumento da produtividade industrial.

Por sua vez, houve uma reorganização no Ministério da Educação e Saúde, em 1941. O Departamento Nacional de Saúde foi composto pelos Serviços Nacionais de Doenças Mentais, Tuberculose, Peste, Malária, Câncer, Febre Amarela, além do Departamento Nacional da Criança, criado em 1940, e outros ligados a questões operacionais (cf. Braga, op. cit.: 55-6). Esta estrutura será mantida mesmo após a criação do Ministério da Saúde, em 1953.

O PERÍODO DE TRANSIÇÃO DE 1945-50

O período de democratização que se segue à deposição do ditador Getúlio Vargas leva à presidência o General Eurico Gaspar Dutra (de 1946 a 1950), sob a égide de uma nova Constituição elaborada por uma Assembléia Constituinte, em 1946, e sob a hegemonia das forças políticas oligárquicas e liberais, organizadas principalmente na União Democrática Nacional (UDN), adversas ao nacionalismo econômico, ao dirigismo estatal e à participação das massas no processo político.

Ao nível da economia, em nome da "democracia represen-

tativa", instalaram-se no governo os princípios da "livre iniciativa" e de "igualdade de direitos, para nacionais e estrangeiros". Foi criada, em 1948, a Comissão Mista Brasileiro-Americana, conhecida como Missão Abbink, que, em 1948, desenvolveu a associação entre grupos econômicos brasileiros e norte-americanos e os vinculou à Organização dos Estados Americanos — OEA, sob hegemonia dos Estados Unidos. A visão de desenvolvimento capitalista nacional foi abandonada em favor da tese da associação de capitais e interdependência.

Nos anos críticos de 1945-46, a redemocratização do país permitiu uma politização maciça das massas urbanas, o que interferiu nos resultados das eleições nacionais, estaduais e municipais. O Partido Comunista do Brasil tornou-se o quarto partido nacional, com fortes relações com as massas urbanas, conseguindo importantes resultados nas eleições de 1945 e 1947.

Em 1946, em contrapartida, o governo Dutra inicia o expurgo do funcionalismo público de membros do Partido Comunista, passando em seguida à repressão violenta de trabalhadores, intelectuais e chefes militares, a exemplo do que acontecia no Estado Novo (cf. Ianni, 1979:102).

Esta política culminou com a colocação do Partido Comunista do Brasil na ilegalidade, em 1947, e a cassação dos mandatos de seus parlamentares, numa campanha anticomunista, que se coadunava com a política da Guerra Fria promovida principalmente pelo governo norte-americano.

Paralelamente, cresce a importância do Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), que passa a mobilizar o proletariado industrial. Com a clandestinidade de Luís Carlos Prestes, Getúlio Vargas, e seu populismo trabalhista, ressurge como liderança popular, eliminando do primeiro plano do cenário nacional o reformismo socialista do PCB (cf. Ianni, 1979:103).

As políticas sociais neste governo só tiveram destaque no Plano SALTE, que aplicou recursos orçamentários nas áreas de Saúde, Alimentação, Transportes e Energia. Apesar de ter sido um projeto para durar cinco anos, foi implementado

parcialmente apenas nos anos de 49 a 51. Em 1952, o plano já estava praticamente abandonado. Os recursos da área de saúde foram aplicados em programas médico-assistenciais.

A redemocratização da Previdência Social volta à tendência de repartição dos recursos arrecadados em benefícios pecuniários e serviços, minorando as medidas contencionistas dos anos 30-45.

A transformação que se efetivou na política da Previdência Social brasileira — de um modelo contencionista de recursos a um modelo mais amplo de direitos da força de trabalho ativa e de seus dependentes — significou a adoção de outro modelo de política social, de caráter político-ideológico mais explícito. Dadas a influência e a duração deste novo modelo na Previdência Social brasileira vamos nos deter em sua análise.

Após a segunda Guerra Mundial, os países capitalistas centrais esforçam-se em repensar a "Política Social" e as atribuições do Estado nesta área, superando a visão neoliberal e antiintervencionista estatal.

Na Europa, interesses tradicionalmente opostos coincidiram nesta etapa do desenvolvimento econômico. Do ponto de vista da base econômica temos, de um lado,

"[...] a passagem da fase concorrencial da acumulação capitalista para a fase monopolista [...], que passa crescentemente a se dar em função do aumento da produtividade do trabalho carecendo de um trabalhador mais qualificado e hígido (sadio)" (Teixeira, 1986:11-2).

De outro lado, a precária condição de vida da população européia após a segunda Guerra requeria a universalização da atenção à saúde a ser mantida pelo Estado, superando o modelo de cobertura previdenciária — Seguro Social — restrita aos assalariados, já que grande parte da população se encontrava pauperizada e os setores produtivos absorviam paulatinamente a força de trabalho disponível.

No campo político-ideológico, o capitalismo se defrontava,

de um lado, com a ascensão do socialismo (enquanto ideologia e forma de governo) e de outro com a ideologia nazi-fascista (esta derrotada militarmente). Ambos os adversários políticos possuíam medidas dirigidas às necessidades sociais que encontravam boa ressonância nas camadas populares.

O projeto capitalista de "Estado de Bem-Estar Social" ou Seguridade Social, elaborado por Sir William Beveridge¹⁶ em 1942, foi implementado na Europa Ocidental sob os governos social-democratas e trabalhistas, onde o Estado assumiu grande parte dos custos do sistema aliado às contribuições individuais dos assalariados.

"A inclusão de temas 'sociais' na Carta do 'Atlântico', assinada pelos aliados após a guerra; o papel atribuído ao Bureau Internacional do Trabalho (mais tarde chamado de Organização Internacional do Trabalho), e o 'Plano Beveridge' são marcos deste projeto de hegemonia então em desenvolvimento. A democracia liberal procurava demonstrar, em síntese, que, como seus interlocutores (socialistas e nazistas), também tinha uma proposta avançada para a satisfação das 'necessidades sociais'" (Oliveira & Teixeira, 1985:176).

A Seguridade Social defendia a tese de uma concepção ampla de política social, universal, que favorecesse ações de saúde, higiene, educação, habitação, garantia de pleno emprego e redistribuição de renda, além dos benefícios pecuniários tradicionais. Os direitos sociais deixam de ser vinculados aos assalariados contribuintes da Previdência para serem direitos do cidadão, garantidos pelo Estado.

O período pós-45 traz um clima de recolocação da questão

¹⁶ Ao reestruturar a Previdência Social na Inglaterra, em 1948, o Plano Beveridge garantiu a assistência universal à população das medidas de saúde pública à assistência de saúde individualizada, serviços hospitalares e complementares de alto padrão, tornando-se célebre por modificar radicalmente a concepção vigente de Previdência como Seguro-Social.

previdenciária ao nível internacional em direção às teses da "Seguridade Social".

A Organização Internacional do Trabalho — OIT, nessa época, divulgou a Seguridade Social em suas reuniões internacionais, em eventos científicos que organizou, em documentos e nas revisões das Convenções Internacionais sobre o tema (cf. Oliveira & Teixeira, 1984:178).

Os "intelectuais" da Previdência Social brasileira, especialmente os do IAPI (Industriários)¹⁷, assimilaram a tese da Seguridade Social e a adaptaram à realidade brasileira. Se, de um lado, a economia capitalista brasileira também passava à fase monopolista, requerendo uma força de trabalho mais sadia, os serviços de saúde dos IAPs, segundo a diretriz distributivista, deviam ser ampliados e os demais benefícios deviam ser reajustados e distribuídos entre a população segurada, encerrando o período contencionista. De outro lado, estas medidas vieram reforçar a direção sindical populista além de serem uma medida política e ideológica eficiente no esvaziamento das bases operárias de orientação comunista visando à hegemonia sobre os assalariados.

Entretanto, como os institutos preservaram uma relativa autonomia entre si e a lógica contencionista havia permitido financiar tanto projetos governamentais e setores da economia quanto o clientelismo da direção sindical (através da distribuição de benefícios segundo interesses eleitorais), a diretriz distributivista foi implementada estritamente por alguns IAPs. Esta somente foi generalizada a partir de 1960 pela Lei Orgânica da Previdência Social.

Do ponto de vista do governo brasileiro, não havia crise social e econômica que requisitasse, para sua estabilização, medidas universais de melhoria das condições de vida da

¹⁷ O Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários, criado em 1938, foi o menor e último dos institutos criados no Brasil. Ele era formado por técnicos preparados em serviço que se tornaram os especialistas da Previdência Social brasileira, cientes das tendências internacionais (cf. Malloy, 1976:14-15).

população. Então, dos princípios gerais da tese da Seguridade Social alguns pontos nunca foram assimilados: que o Estado arcasse com o ônus dos planos aos previdenciários; que não fosse obrigatória a contribuição previdenciária para a obtenção do benefício; que o benefício não fosse proporcional ao salário; que houvesse o seguro-desemprego. Ou seja, o cerne do Plano de Seguridade Social — os direitos sociais como direitos da cidadania mantidos pelo Estado — não foi absorvido no Brasil, havendo assim uma ampliação dos benefícios a serem concedidos aos assalariados-contribuintes da Previdência.

No interior das medidas de saúde da Seguridade Social foram incorporadas as medidas para a reabilitação física e mental, a partir das reivindicações militares e civis, articuladas no movimento internacional de reabilitação.

O número de veteranos incapacitados na segunda Guerra veio catalisar o movimento de reabilitação encaminhado por entidades da sociedade civil integradas na Sociedade Internacional para o Bem-Estar dos Lesados¹⁸. Ele conquistou também o apoio da ONU — Organização da Nações Unidas, em 1946, além de suas Agências Especializadas das quais se destacaram a OIT, que incorporou os serviços de reabilitação às teses da Seguridade Social, e a OMS — Organização Mundial de Saúde, que forneceu bolsas aos vários continentes para a formação de técnicos especializados em reabilitação.

Desde então, várias entidades brasileiras, como o IAPC (dos Comerciantes) de São Paulo e Rio, a ABBR (Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação) e o Hospital das Clínicas da USP, implementaram pequenos programas de reabilitação para acidentados do trabalho, pacientes crônicos, deficientes sensoriais e físicos, com a assessoria de consultores da ONU, técnicos estrangeiros ou nacionais formados no exterior via colaboração da OIT ou OMS. Assim, foram introduzidas prá-

¹⁸ Esta entidade não governamental, na década de 50, veio a se chamar Sociedade Internacional para a Reabilitação do Incapacitado e atualmente é conhecida por Reabilitação Internacional.

ticas especializadas em reabilitação inexistentes no Brasil. Dentre as novas profissões estava a terapia ocupacional, cujas raízes advêm do tratamento humanitário ao doente mental, em fins de 1700, e cuja expansão vinculou-se à recuperação de incapacitados e outros doentes crônicos na Primeira e Segunda Guerra Mundial, quando se criaram cursos de formação nos Estados Unidos, no Canadá e na Inglaterra.

No Brasil, os programas reabilitacionais introduziram-se, de um lado, pela lógica distributivista das entidades previdenciárias que propunha o amplo oferecimento de serviços de saúde, incluindo reabilitação, visando ao reengajamento do segurado na força de trabalho ativa e o fortalecimento das lideranças populistas e, de outro, pela ideologia assistencialista da burguesia, na qual cabia à sociedade civil prover recursos que reduzissem problemas específicos gerados no modo de produção capitalista, na perspectiva idealista de colaboração de classes e da sociedade como um todo harmônico, onde o problema social é desvinculado do sistema econômico.

Em relação à política salarial, em todo o período do governo Dutra, o salário mínimo não foi aumentado uma única vez, apesar da crescente inflação de preços, reduzindo bastante o poder aquisitivo dos assalariados da indústria.

“[...] Os salários ficaram congelados, em sua maioria (principalmente o salário mínimo), enquanto o custo de vida, no Rio, subia, entre 1946 e 1951, de 62%” (Paul Singer, apud Ianni, 1979:101).

A divisão social do trabalho promoveu a melhor configuração e representação das classes sociais no Brasil.

A PARTIR DO SEGUNDO GOVERNO VARGAS — 1950 A 1964

A transição do governo Dutra para o segundo período governamental de Getúlio Vargas (1951-54) correspondeu a uma reorientação das relações entre o Estado e a Economia.

“A sociedade brasileira já estava bastante diferenciada, devido ao crescimento do setor industrial, à expansão do setor terciário e ao rápido crescimento dos centros urbanos dominantes (Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre, Recife, Belo Horizonte, Salvador e alguns outros)” (Ianni, 1979:110).

O governo getulista introduziu no debate nacional a teoria do subdesenvolvimento, que assentou as bases do “desenvolvimentismo”. A Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL), criada no Chile em 1948, autora da teoria desenvolvimentista, recebia a hostilidade de empresários e governo dos Estados Unidos; conseqüentemente, o apoio getulista a estas teses e medidas econômicas elaboradas pela CEPAL o contrapunha aos interesses do capital estrangeiro, em particular do capital norte-americano, que em represália encerra a Comissão Mista Brasil-Estados Unidos, em 1953.

As medidas adotadas entre 52-54 foram delineando a expansão e diferenciação do sistema econômico brasileiro, onde o poder público era indispensável.

O salário mínimo sofreu algumas recuperações e oscilações, conforme o poder político dos trabalhadores, mas não chegou a atingir o poder aquisitivo do início dos anos 40, já que a inflação corroía o valor nominal dos salários (cf. Ianni, 1979:120).

O segundo governo getulista assentou-se na política econômica de caráter nacionalista, e na política social de caráter trabalhista, onde a mobilização das massas populares era controlada pelo discurso populista e pela máquina estatal, num período de crise econômica interna (cf. Vieira, 1985:62-3).

As políticas sociais reduziram-se a medidas setoriais contra problemas importantes e urgentes, mas sem aprofundamento e mudanças estruturais. No âmbito da Assistência Social, destacaram-se o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS), a Legião Brasileira de Assistência (LBA), o Serviço Social da Indústria (SESI) e o Serviço Social do

Comércio (SESC). A Assistência Social efetivava-se em suas várias modalidades de caráter particular, público ou semipúblico.

“Aí se localizaram especialmente os asilos, os hospitais, as associações, que recebiam dotações de acordo com as possibilidades financeiras do País, em cada ano” (Id. *ibid*:55).

A política governamental populista, ao promover a monopolização da economia e, por associação, o aumento das massas marginais, adotou políticas de assistência dirigidas a estas camadas sociais, dados o grande contingente populacional que afluía às cidades e o receio da violência. O Estado chama a si o papel de controle e fomento das entidades assistencialistas, criando organismos centrais que cadastram e subvencionam as entidades, como a LBA. Isto garantiu que a institucionalização dos problemas sociais ao nível funcional, pelo fenômeno manifesto, esmorecesse seu vínculo às contradições da sociedade de classes, expandindo, ao mesmo tempo, a ideologia assistencialista do Estado, sua face democrática, humanitária e a hegemonia burguesa sobre essa população (cf. Quijano, in Pereira, 1978:184).

No âmbito da Saúde Pública, o governo getulista propunha combater as falhas referentes a nutrição, saneamento, assistência médica e educação sanitária. Neste período auxiliou, também financeiramente, o ensino da enfermagem bem como organizou a criação de novas escolas. Empreendeu uma série de campanhas contra as doenças de massa e pestilenciais, chagas, malária, febre amarela, peste, verminoses, tracoma e boubas, além de campanhas de erradicação das doenças venéreas e tuberculose. Junto às campanhas havia propostas de criação de novos estabelecimentos hospitalares e ambulatoriais e de ampliação dos existentes, dentre eles os destinados às doenças mentais (cf. Vieira, 1985:49).

Em 1953, o governo Vargas cria o Ministério da Saúde de modo que se tornam específicas as verbas para a saúde coletiva cujos programas intervinham sobre uma grande causa de mortalidade da população — as infecções e parasitoses — predominantes na população infantil das camadas populares. Neste sentido, se, de um lado, a ascensão dos programas de saúde coletiva ao nível ministerial demonstra a atenção especial do Estado para com a saúde da população, de outro lado, o caráter nitidamente populista dessa medida revela-se ao se comparar o acréscimo de atribuições do Ministério da Saúde em relação à respectiva dotação orçamentária¹⁹ bem como pela não adoção simultânea de medida eficaz: a elevação de renda dos assalariados.

Ao mesmo tempo que as medidas de saúde coletiva são desprestigiadas financeiramente, em 1º de maio de 1954 é aprovado o Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, que define com visão abrangente o caráter de previdência e assistência das instituições aos segurados, ou seja, aos assalariados da ativa. Nessa medida, a ampliação dos programas de saúde da Previdência Social veio interferir sobre as doenças circulatórias que, segundo as estatísticas de saúde do período, já eram causas de morte de outro segmento populacional, as classes hegemônicas.

“Os Institutos de Aposentadoria e Pensões têm por fim assegurar aos seus beneficiários os meios indispensáveis de manutenção, quando não se achem em condições de angariá-los por motivo de idade avançada, incapacidade, ou morte daqueles de quem dependiam economicamente, bem como a prestação de serviços que visem à proteção de sua saúde e concorram para o seu bem-estar” (Oliveira & Teixeira, 1985:161).

¹⁹ De 1950 a 1955, num período de desvalorização da moeda (cf. Vieira, 1985:49-50), o orçamento do Ministério da Saúde passou de 1,32% do orçamento federal a 5,45% e manteve-se inalterado ao nível estadual e municipal.

O Regulamento Geral assumiu a diretriz distributivista para todos os IAPs, cabendo a cada qual efetivá-lo segundo sua relativa autonomia, orçamento, estrutura administrativa etc.

A adoção do modelo distributivista na Previdência Social reforçou as lideranças sindicais populistas e garantiu a base de sustentação popular do segundo governo getulista. O populismo de Vargas mostrava às camadas populares a síntese do assistencialismo destinado à população marginal e do distributivismo nos IAPs voltado à força de trabalho ativa.

A política norte-americana de alianças e absorções, o processo de internacionalização progressivo da reprodução e acumulação do capital, os interesses capitalistas locais de aliança ao capital estrangeiro, a desmobilização das classes moveram a deposição de Vargas em agosto de 54 e o fim das estratégias de formação do capitalismo nacional.

No período de transição, entre a deposição e o suicídio de Vargas até a posse em janeiro de 1956 do candidato eleito, Juscelino Kubitschek de Oliveira, o poder político brasileiro esteve em crise, pelo antagonismo de posições gestadas nos anos anteriores.

O Programa de Metas do Governo Juscelino Kubitschek acelera a acumulação do capital, de um lado, através da industrialização “pesada” (bens de produção e bens duráveis de consumo), com a transferência de tecnologia (ou trabalho morto externo), a partir do capital estrangeiro, lançando a capacidade produtiva à frente da demanda e, de outro lado, por meio do aumento da taxa de exploração da força de trabalho, quer se compare o salário real com o custo de reprodução da força de trabalho, quer se compare o salário real com a produtividade do setor.

O avanço da urbanização aumentou o custo de reprodução da força de trabalho com a urbanização de vários de seus componentes: o transporte, a educação, a saúde, a energia elétrica, além do aumento de preços dos produtos industrializados, portanto, “o custo da reprodução também se mercantiliza, se industrializa” (Oliveira, 1972:52).

Ao nível internacional, com a reativação e internacionalização do sistema econômico, associado à consolidação da hegemonia norte-americana sobre a Europa e o Japão, reformularam-se as relações econômicas, políticas e militares com os povos coloniais e dependentes. Agora, os governantes norte-americanos reconhecem a intervenção estatal na economia como uma garantia política e econômica para as empresas estrangeiras.

O governo de Juscelino Kubitschek voltou-se a uma valorização extremada da política econômica, em prejuízo da política social.

“As metas econômicas do governo federal não só conviveram com precárias condições de vida da maioria da população brasileira, como ainda permitiram ocultá-las, através da febre desenvolvimentista” (Vieira, 1985:127).

As políticas sociais pouca alteração organizativa tiveram e algumas medidas setoriais foram implementadas na Educação, Saúde Pública, Habitação Popular, Previdência Social e Assistência Social.

Na Educação, em 1960, instala-se a Companhia Nacional de Educação e Reabilitação de Deficientes Mentais — CADEME, primeiro órgão federal específico ao deficiente mental, com dotação orçamentária própria, mas que somente inicia um planejamento cuidadoso após alguns anos de seu funcionamento (cf. Krynski & Clemente Filho, 1969:488).

Em 1961, foi aprovado o Plano de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que favorecia ainda mais a mercantilização do ensino privado, a partir da utilização de fundos públicos. Foi criticado pela Campanha em Defesa da Escola Pública, campanha da sociedade civil que antevia a falência do ensino oficial. Nesse plano estava contemplada a educação especial destinada aos excepcionais.

Na Saúde Pública, com um orçamento ministerial reduzido (cf. Vieira, 1985:118-9), foram empreendidas campanhas contra as doenças de massa, sobretudo a malária e a

tuberculose, vinculadas à indigência social, ou seja, a parcelas da população “excedente” que vivia em condições de pauperismo (cf. Cap. I:45-9).

A Previdência Social manteve a diretriz da redemocratização de modo que a sua arrecadação era quase integralmente repassada em benefícios e serviços. A assistência médico-hospitalar destinada a segurados e dependentes absorvia, em média, uma boa parcela da arrecadação dos IAPs, cerca de dez por cento.

Em 1960, o Ministério do Trabalho foi transformado em Ministério do Trabalho e Previdência Social. Assim, a saúde dos assalariados ficou politicamente caracterizada como componente da força de trabalho a ser planejada em conjunto com as políticas trabalhistas. Nesse mesmo ano, 1960, foi aprovada pelo Congresso e Executivo a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que, após muitos anos de tramitação e reformulação,²⁰ unifica o sistema previdenciário a todos os trabalhadores em regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Permaneceram excluídos da LOPS os trabalhadores rurais, as empregadas domésticas e, naturalmente, os servidores civis e militares da União, estados, municípios e territórios, além de autarquias, que estivessem sujeitos a regimes próprios de previdência.

A uniformização das atribuições dos institutos na LOPS ocorreu também pela crise do populismo, tanto nas classes dominantes quanto no sindicalismo populista, de tal forma que “a simbiose entre sindicatos e previdência social já havia perdido, em termos relativos, sua eficácia” (Cohn, 1980:33).

A Lei Orgânica modificou os valores de sua arrecadação. Enquanto nos IAPs a contribuição variava entre três e oito

²⁰ O projeto original da LOPS era datado de 1947; os treze anos de tramitação do processo ocorreram pelas funções político-ideológicas que os IAPs cumpriam, tanto pela aplicação dos recursos em projetos governamentais e econômicos quanto pelo clientelismo localizado nos IAPs, conforme já relatado no governo Dutra. Sobre o processo de promulgação da LOPS ver Cohn (1980:Cap. II).

por cento do salário, a LOPS fixou em oito por cento a contribuição do segurado, não excedendo a cinco vezes o valor do maior salário mínimo; para as empresas, quantia igual ao dos segurados. A arrecadação da União reduziu-se dos 33% previstos (e não realizados) a um valor variável de quinze a dez por cento restritos “às despesas de pagamento de pessoal e de administração geral da previdência bem como à cobertura de eventuais déficits orçamentários do sistema” (Possas, 1981:207). Na formulação da LOPS o Estado institucionalizou a redução de sua responsabilidade com o sustento da Previdência Social, desobrigando-se da contribuição igualitária tripartite e das dívidas acumuladas até então.

Outra mudança radical foi a formulação abrangente da assistência médica, não sendo mais caracterizada como serviço “complementar”, “condicional” aos limites financeiros. A LOPS prevê a compra de serviços de saúde do setor privado dos empregados, o financiamento para expansão de entidades beneficentes de saúde, o credenciamento de médicos, várias formas de concessão de assistência: via serviços públicos, privatização do sistema e via convênio com entidades assistenciais (Cf. Oliveira & Teixeira, 1985:161).

Dentre as novas atribuições incorporadas na LOPS e destinadas aos beneficiários em geral estava a assistência reeducativa e de readaptação profissional. Havia, além disso, a assistência financeira, alimentar e habitacional, auxílio-reclusão, auxílio-funeral e o pecúlio.

A transformação que se manifesta na política previdenciária, de um modelo contencionista para um modelo economicista, era justificada “tecnicamente”, já que

“a Previdência despendia muito dinheiro com benefícios por doença e invalidez e que, portanto, serviços médico-assistenciais e de recuperação podiam não só diminuir estas despesas como, ainda mais, aumentar a receita, pelo retorno mais rápido dos segurados em benefício à situação de segurados ativos” (Oliveira & Teixeira, 1985:174).

O discurso economicista difundido por técnicos da Previdência Social também era absorvido pelas lideranças sindicais populistas. Assim, no II Congresso da Previdência Social, de 1957, o pronunciamento de um representante dos empregados, favorável à organização do serviço de readaptação profissional, que reforçaria em termos financeiros o IAPI, declarava:

“[...] o trabalhador readaptado volta a ser o mesmo contribuinte para o instituto, ‘não ficando eternamente na dependência do benefício e da assistência médica’, sendo que, do contrário, ‘não haverá receita no mundo que possa cobrir as despesas futuras do Instituto’” (apud Cohn, 1980:90).

A Previdência Social prepara-se para expandir o rol de sua assistência, à clientela acidentada no trabalho ou com doenças incapacitantes que, após um tratamento reabilitador, pudesse ser reincorporada à força de trabalho. Foi nesse sentido que a LOPS favoreceu a expansão de entidades beneficentes de saúde e dos serviços de reabilitação nos IAPs, ambos estruturas pioneiras na introdução de serviços multidisciplinares de reabilitação no Brasil.

A promulgação da LOPS, de um lado, foi um avanço na extensão de amplos benefícios aos segurados, derrotando o modelo contencionista, mas, de outro, não sanou as dificuldades financeiras crescentes nem criou mecanismos de estabilidade para os períodos de crise econômica, quando a baixa arrecadação e o déficit orçamentário vêm ocorrer, em grande parte, devido a problemas crônicos na arrecadação. A parcela tripartite do Estado atrasada nunca era quitada; os empregadores, mesmo processados, não recolhiam as contribuições de suas empresas ou sequer repassavam a arrecadação de seus empregados à Previdência. Em 1956, por exemplo, a arrecadação prevista só foi realizada em sessenta por cento, já que a União recolheu parcialmente a sua parcela e as empresas, incluindo a parte dos segurados, reteve 65% do total devido (cf. Oliveira & Teixeira, 1985:193). Ou seja, a

ampla política previdenciária assume um caráter estritamente ideológico, já que o recolhimento das contribuições de capitalistas e governo não era efetivado nem havia punição para os infratores. O déficit orçamentário torna-se cada vez maior pelos problemas na arrecadação e pela elevação dos gastos.

O governo populista que segue a JK é presidido por Jânio S. Quadros e João Goulart. O esquema inflacionário de acumulação de renda e acumulação de capital começa a enfrentar a mobilização de amplos setores da população na luta econômica. Dentre as classes empresariais ocorria uma disputa acentuada para que os interesses econômicos setoriais não fossem afetados, inexistindo ainda sua consolidação hegemônica.

A mobilização econômica partiu dos assalariados de baixa renda e incluiu grupos das camadas médias como juizes, médicos, professores, atingindo, ao final, os trabalhadores agrícolas. Esse processo repercutia no plano político na "consolidação das massas", que eleitoralmente adquiriam características de classe.

A classe média inicia a sua expansão a partir da nova estrutura produtiva, que, ao introduzir o maior parcelamento das atividades de mecanização, criou uma série de novas ocupações por ela absorvida. A classe média caracterizava-se pela heterogeneidade em sua composição e contradição de seus interesses, ora se aproximando aos dos assalariados e ora aos dos empresários.

As tentativas populistas de conter a inflação sem prejudicar os variados interesses econômicos hegemônicos limitaram cada vez mais a utilização de medidas típicas do populismo para abrandar as reivindicações quanto à carestia de vida.

"Quando a taxa de elevação do custo de vida atingiu níveis cada vez maiores (acima de 50% ao ano, de 1961 em diante), a mobilização para a luta econômica não somente se tornou cada vez mais abrangente [...] mas esta

mobilização tornou-se quase permanente, pois mal um reajustamento havia sido ganho, impunha-se logo preparar a luta pelo próximo" (Singer, 1975:30).

O fracasso das medidas antiinflacionárias e a instabilidade política social levaria Jânio à tentativa de golpe por meio da renúncia. Fracassada tal iniciativa o governo João Goulart assume a presidência e paulatinamente vai esgotando a sua relação com os trabalhadores por não incorporar as demandas trabalhistas.

Assim, na gestão João Goulart, "em 1963, com a lei que instituiu o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural buscou o governo estender a assistência médica a praticamente 100% da população do país" (Luz, 1979:58). No entanto, não eram sanadas as bases concretas que garantiriam a sua efetivação, ou seja, respectivamente, a reposição das perdas salariais havidas pela inflação e pelo projeto desenvolvimentista e a efetiva arrecadação tripartite para a Previdência Social (só a partir de 1970 esta lei teve condições materiais — econômicas e políticas — de ser aplicada).

Ao final do governo Goulart, em 13/12/63, foi promulgado o Decreto 53.264, que estabelece as Normas para a Prestação da Reabilitação Profissional na Previdência Social. Assim, os serviços de reabilitação profissional já existentes nos IAPs foram centralizados na SUSERPS — Superintendência dos Serviços de Reabilitação Profissional da Previdência Social. A SUSERPS reuniu por regiões o pessoal técnico da área para prestar assistência e treinamento profissional aos segurados em gozo de benefício, qualquer que fosse o IAP de origem. A SUSERPS foi o gérmen dos Centros de Reabilitação Profissional que surgem após a unificação dos IAPs no INPS.

"Com recursos próprios e centralizada num organismo único, a *Superintendência de Serviços de Reabilitação Profissional da Previdência Social*, a Reabilitação começa na Previdência, ao contrário da Assistência Médica,

com uma planificação nada demagógica: adstrita às possibilidades clínicas psicológicas e sociais do cliente e às de pessoal e material da própria SUSERPS" (Cerqueira, 1965:89).

As iniciativas nas políticas sociais não minimizaram os efeitos da corrida inflacionária. As tentativas governamentais fracassaram frente à agressividade dos diferentes grupos de interesse:

"os industriais clamavam por mais crédito, os agricultores exigiam preços mínimos maiores e enfrentavam o tabelamento de preços dos gêneros com boicotes, os assalariados reivindicavam aumentos de salários a intervalos cada vez menores, chegando no limite à escala móvel de salários, os assalariados agrícolas pediam o salário mínimo e as donas de casa o congelamento dos preços" (Singer, 1975:31).

Estas foram as condições que antecederam o golpe militar de 1964, que rompeu com as tentativas anteriores de democratização e com os governos populistas, exercendo um governo centralizado que ampliou a concentração da renda e a injeção de capital estrangeiro.

O GOVERNO MILITAR-CIVIL — 1964 A 1980

A ditadura militar efetivou-se no país a partir da rearticulação da burguesia em torno dos interesses monopolísticos e contou com o apoio das camadas médias urbanas (estas se ampliaram consideravelmente a partir de 1964).

O governo militar-civil que se instaura investe o Executivo de poderes constituintes, cassa mandatos legislativos federais, estaduais e municipais e retira os poderes políticos, de quem bem quer, por dez anos, e acaba por dissolver os partidos políticos. O General Castelo Branco, eleito de forma indireta, pelo amordaçado e esvaziado Congresso Nacional,

permanece no poder de abril de 1964 a março de 1967²¹. O próximo mandato presidencial é do Marechal Artur da Costa e Silva, que não passou seu mandato a outro, pois foi tolhido por um golpe de Estado. Estes militares, por sua vez, deram outra redação à Constituição de janeiro de 1967.

"As diretrizes constitucionais legadas por Castelo Branco ao País já não satisfaziam, dois anos depois, aos partidários do Movimento de 1964" (Vieira, 1985:189).

Em outubro de 1969, o General Emílio Garrastazu Médici chega à presidência, sendo substituído pelo General Ernesto Geisel, em 1974, e pelo General João Batista Figueiredo, em 1979. Ao longo desses anos, as classes subalternas foram postas de lado na luta política e econômica.

Os poderes Legislativo e Judiciário, que entre 1964 e 1968 passaram por muitas dificuldades, a partir da edição do Ato Institucional nº 5, AI-5, por Costa e Silva, tornaram-se instáveis. O AI-5 vigorou até Geisel, quando este o trocou pelo Estado de Sítio, Medidas de Emergência, Estado de Emergência e outras reformas.

Na obra realizada pelo governo militar, a acumulação monopolística e o controle inflacionário é resolvido à custa das classes assalariadas.

"De 1960 a 1970, 70% do crescimento da renda na economia foi apropriado pelos 5% mais ricos do país" (cf. Oliveira, 1972:63).

Em contrapartida, entre 1958 e 1969, o chefe de uma família operária perde 39,3% do salário e a família como um

²¹ Os governadores de todos os estados e uma série de prefeitos de cidades consideradas "área de segurança nacional" passam também a ser indicados pelo regime militar. Em 1973, também um terço dos senadores deixam de ser elegíveis, pois com o avanço da organização e insatisfação popular o regime temia perder a maioria do Congresso.

todo perde dez por cento; portanto, se em 1958, para sua sustentação, era necessário um membro da família trabalhando, em 1969, a família vem requerer no mínimo dois membros trabalhando (cf. Oliveira, 1972:57).

As classes assalariadas, sujeitas à legislação do trabalho, ao padrão de reajustes instituídos pelo governo e a substituição da estabilidade pelo Fundo de Garantia pelo Tempo de Serviço — FGTS, vêm como resultado deste período de amordaçamento e repressão²² o “turn-over” dos empregados, a expulsão da força de trabalho ativa dos maiores de quarenta anos, contribuindo para o aumento da taxa de exploração.

Para implantar essa política de acumulação acelerada, o aparelho estatal precisou criar as bases financeiras apropriadas à nova etapa, implementando reformas administrativas, tributárias, financeiras etc.

O plano econômico imposto a partir de 1964 suspende os investimentos públicos e privados provocando forte recessão até 1967. A partir daí define-se uma política seletiva de combate à inflação, aumentando-se os créditos e gastos governamentais e, com isso, monopoliza-se a economia brasileira. Surgem os conglomerados de empresas, unidade típica da estrutura monopolística.

Com menor arrecadação, a capacidade de gasto público é ainda mais comprimida e, para suprir esta lacuna, a União recorre ao endividamento externo. Entre 1969 e 1971, a dívida externa cresceu 31%.

No plano das políticas sociais, o regime autoritário de 1964 estabeleceu uma nova ordem em suas relações com a sociedade civil, especialmente com os assalariados, na qual a Previdência Social faz parte integrante dessa reorganização. As mudanças ocorridas até o final dos anos 70 vão ser abordadas nos seguintes tópicos: Previdência Social, Saúde

²² “No período entre 1964 e 1970 foram feitas 483 intervenções no Ministério do Trabalho em Sindicatos, 49 intervenções em Federações e 4 em Confederações” (cf. Camargo e outros, 1975:131).

Pública e Educação, que, apesar de serem dependentes uns dos outros, preservam uma relativa autonomia.

Castelo Branco, via Ministério do Trabalho, intervém nos sindicatos e em todos os institutos da previdência. Muitos dos interventores dos IAPs eram tecnocratas do IAPI. Estes, em uma comissão específica para tratar da reorganização da previdência, estendem a assistência ao trabalhador rural e unificam a organização num novo ministério: o da Previdência Social. Esse plano foi combatido por vários setores mas, em 1966, é aprovado em plano menos amplo, de fusão dos antigos institutos em um Instituto Nacional da Previdência Social — INPS. As resistências foram as mesmas, mas a viabilidade financeira garantiu a criação do INPS, com a fusão dos IAPs, excetuando o Instituto dos Servidores Públicos (IPASE) e dos militares, extinguindo-se simultaneamente o Serviço de Alimentação da Previdência Social.

A reformulação da política previdenciária levou em consideração que a assistência médica tinha elevado extremamente o seu custo em consequência das inovações científicas e tecnológicas no setor. O saber e a prática médica pautavam-se no maior uso de medicamentos, de serviços para diagnósticos e de equipamentos médicos. O ato médico se diversificava em especializações, diferenciando a mão-de-obra empregada. A divisão técnica do trabalho avança para o setor da saúde no momento de sua capitalização.

Já no final dos anos 50, o hospital havia se transformado, a partir das inovações científicas e tecnológicas, no centro dos serviços de atenção individualizada de saúde por incluir as diferentes especialidades, os equipamentos e a infra-estrutura necessária.

“É como se, tardiamente, a atenção à saúde vivesse a sua Revolução Industrial; o cuidado deixou de ser artesanal ou manufatureiro — prestado pelo médico isolado e por serviços simplificados, e passou a assumir características de grande indústria — papel desempenhado pelo hospital

moderno. Da mesma forma, o capital — enquanto valor que se reproduz — instalou-se na atenção médica, que passou a produzir mercadorias no sentido mais estrito da palavra” (Braga, in — & Paula, 1981:87-8).

Sendo mais elevado o custo da atenção individualizada à saúde, bloqueou-se o acesso da maioria da população a estes serviços, requisitando a capitalização do sistema previdenciário para o custeio da atenção à saúde e a generalização de seu consumo. As classes assalariadas, contribuintes dos IAPs, possuíam algumas unidades hospitalares próprias, mas em número insuficiente para a demanda global. A intervenção nos IAPs, em 1964, e sua unificação no INPS permitiram a centralização dos recursos previdenciários bem como sua transferência ao setor privado. A unificação dos IAPs foi também uma resposta ao aumento de demanda de saúde não absorvida pelas instituições de saúde.

“Essa situação traduziu-se pelas enormes ‘filas’ de atendimento dos hospitais e postos municipais, os quebra-quebras dos ambulatorios; e greves promovidas por enfermeiros e funcionários” (Almeida & Pêgo, in IBASE, 1983:65).

O processo unificador e centralizador da Previdência Social vem consolidar o projeto autoritário do governo militar. O INPS completou a exclusão dos beneficiários da previdência, extinguindo-se a representação de empregados e empregadores em seus conselhos. A ideologia da modernização administrativa das instituições estatais burocratizou o INPS e facilitou o estabelecimento de condições para uma privatização dos serviços de saúde prestados aos previdenciários. A política previdenciária adotada a partir da década de 60 elegeu a compra dos serviços das empresas de saúde através do convênio-empresa e financiou a construção, ampliação e compra de equipamento para a rede hospitalar privada em detrimento da rede própria.

O convênio-empresa foi regulamentado em 1964 e inaugurado no ABC paulista para atender a 72% da demanda do operariado que não possuía estes serviços pelo IAPL. Esta medida favoreceu a diminuição do absentismo e *turn-over* e o aumento da produtividade.

Conforme analisa Cristina Possas, no livro *Saúde e Trabalho* (1981:236-7), em 1969, cerca de noventa por cento dos recursos previdenciários gastos em assistência médica foram comprados de terceiros e, desse montante, 75% foram pagos às empresas médicas e hospitais privados. Essa tendência se manteve durante os anos posteriores, sendo que, em 1978, os mesmos noventa por cento dos recursos da assistência médica continuaram sendo comprados de terceiros e, destes, a maior parte foi transferida ao setor privado. Ou seja, a expansão da assistência à saúde prestada pela Previdência Social seguiu um modelo privatizante, de cuidados médicos individualizados e primordialmente realizados em unidades hospitalares.

A partir dessa ótica, os leitos da previdência ficaram na ociosidade, enquanto os da rede particular atingiam sua capacidade máxima.

“As intervenções nos hospitais próprios da Previdência Social caíram entre 1970 e 1976 de 4,2% para 2,6% do total de internações. Enquanto isso, as internações nos hospitais particulares passavam de 95% para 98%” (Cordeiro, op. cit.:86).

Uma premissa básica dessa ideologia tecnocrata de seguranga nacional é, segundo Malloy (1976):

“[...] de que um programa de previdência social eficiente e benéfico diminui a tensão social e eleva o moral do trabalhador, contribuindo, desse modo, para o desenvolvimento e a segurança nacional” (p. 21).

A expansão da cobertura do INPS à população rural não ocorreu ainda neste momento, mas somente em 1971, sob a

forma de um instituto de assistência rural (FUNRRURAL), cujos atendimentos era diferenciado dos demais previdenciários e basicamente se realizava através dos convênios com as santas casas de misericórdia. Em 1973, os empregados domésticos são integrados ao INPS, abrangendo praticamente cem por cento dos assalariados no Brasil.

A abrangência dos serviços, ainda que não padronizada entre FUNRRURAL, INPS, IPASE e os institutos dos militares vem legitimar o regime junto aos assalariados, como mecanismo de distensão do aumento da jornada de trabalho, arrocho salarial etc. (cf. Cordeiro, in IBASE, 1983:83).

Ao mesmo tempo que a política previdenciária elegeu a privatização na prestação de serviços aos assalariados, em 1967, o governo, no bojo de uma redefinição das áreas de competência do ministério, determina ao Ministério da Saúde de as seguintes atribuições: elaboração da política nacional de saúde e realização de medidas preventivas; vigilância sanitária de portos e fronteiras; controle de medicamentos, alimentos e drogas; pesquisa e ensino de Saúde Pública e atendimento médico e paramédico prestado diretamente à população.

Consequentemente a esta redefinição, em 1968, elaborou-se o "Plano de Coordenação das Atividades de Promoção e Recuperação da Saúde", posto em prática em algumas áreas experimentais.

"O importante no tocante a esse 'Plano' é o fato de que a dicotomia entre saúde coletiva e individual era assumida pelo governo e que desta dicotomia resultava a responsabilidade do M.S. [Ministério da Saúde], pelas medidas de caráter coletivo, cabendo ao setor privado conveniado com o governo a prestação das outras" (Luz, M. T., in Guimarães, 1979:161).

Por sua vez, o Ministério da Saúde teve seu organismo reduzido gradativamente; passando de 2,21% do orçamento global da União, em 1968, para 0,9%, em 1974. As atribuições

de caráter coletivo foram bem prejudicadas, sendo paralisadas uma série de

"[...] serviços de saúde pública, tais como o controle de doenças endêmicas e o cuidado à gestante e à população infantil e dos programas de vacinação, etc." (Cordeiro, op. cit.:84).

A saúde coletiva foi se pauperizando paralelamente à amplitude organizatória, tecnológica e do contingente atendido pela Previdência Social. Em 1974, o INPS respondia por quinze milhões de segurados.

Em 1974, no governo Geisel, a crise sanitária manifestada na epidemia de meningite, no aumento da mortalidade infantil e do ressurgimento e aumento de certas doenças endêmicas (como a tuberculose), desmascarava o "milagre econômico", quando o crescimento da economia não constituía o bem-estar social tão proclamado pela ditadura militar; ao contrário, os bolsões de miséria aumentavam em virtude da concentração de renda, da desvalorização do salário real e do organismo reduzido das medidas de saúde coletiva.

A resposta do Estado foi a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social e o Conselho de Desenvolvimento Social, composto pelos ministérios da área social (Saúde, Previdência Social, Educação e Trabalho). Este último "deveria corrigir as distorções do modelo econômico" (cf. Cordeiro, op. cit.:85).

O Ministério da Previdência e Assistência Social — PAS, por seu turno, foi composto pelo INPS, IPASE, SASSSE, bem como pela LBA (Legião Brasileira de Assistência), FUNABEM (Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor) e CEME (Central de Medicamentos), com uma receita somente inferior ao orçamento da União, superando todos os outros ministérios. A junção, ao nível ministerial, de previdência social com assistência social retrata a visão ideológica do governo. De um lado, a lógica do capital sobre o atributo saúde como valor da força de trabalho ativa a ser garantida

moderno. Da mesma forma, o capital — enquanto valor que se reproduz — instalou-se na atenção médica, que passou a produzir mercadorias no sentido mais estrito da palavra” (Braga, in — & Paula, 1981:87-8).

Sendo mais elevado o custo da atenção individualizada à saúde, bloqueou-se o acesso da maioria da população a estes serviços, requisitando a capitalização do sistema previdenciário para o custeio da atenção à saúde e a generalização de seu consumo. As classes assalariadas, contribuintes dos IAPs, possuíam algumas unidades hospitalares próprias, mas em número insuficiente para a demanda global. A intervenção nos IAPs, em 1964, e sua unificação no INPS permitiram a centralização dos recursos previdenciários bem como sua transferência ao setor privado. A unificação dos IAPs foi também uma resposta ao aumento de demanda de saúde não absorvida pelas instituições de saúde.

“Essa situação traduziu-se pelas enormes ‘filas’ de atendimento dos hospitais e postos municipais, os quebra-quebras dos ambulatórios; e greves promovidas por enfermeiros e funcionários” (Almeida & Pêgo, in IBASE, 1983:65).

O processo unificador e centralizador da Previdência Social vem consolidar o projeto autoritário do governo militar. O INPS completou a exclusão dos beneficiários da previdência, extinguindo-se a representação de empregados e empregadores em seus conselhos. A ideologia da modernização administrativa das instituições estatais burocratizou o INPS e facilitou o estabelecimento de condições para uma privatização dos serviços de saúde prestados aos previdenciários. A política previdenciária adotada a partir da década de 60 elegeu a compra dos serviços das empresas de saúde através do convênio-empresa e financiou a construção, ampliação e compra de equipamento para a rede hospitalar privada em detrimento da rede própria.

O convênio-empresa foi regulamentado em 1964 e inaugurado no ABC paulista para atender a 72% da demanda do operariado que não possuía estes serviços pelo IAPI. Esta medida favoreceu a diminuição do absenteísmo e *turn-over* e o aumento da produtividade.

Conforme analisa Cristina Possas, no livro *Saúde e Trabalho* (1981:236-7), em 1969, cerca de noventa por cento dos recursos previdenciários gastos em assistência médica foram comprados de terceiros e, desse montante, 75% foram pagos às empresas médicas e hospitais privados. Essa tendência se manteve durante os anos posteriores, sendo que, em 1978, os mesmos noventa por cento dos recursos da assistência médica continuaram sendo comprados de terceiros e, destes, a maior parte foi transferida ao setor privado. Ou seja, a expansão da assistência à saúde prestada pela Previdência Social seguiu um modelo privatizante, de cuidados médicos individualizados e primordialmente realizados em unidades hospitalares.

A partir dessa ótica, os leitos da previdência ficaram na ociosidade, enquanto os da rede particular atingiam sua capacidade máxima.

“As intervenções nos hospitais próprios da Previdência Social caíram entre 1970 e 1976 de 4,2% para 2,6% do total de internações. Enquanto isso, as internações nos hospitais particulares passavam de 95% para 98%” (Cordeiro, op. cit.:86).

Uma premissa básica dessa ideologia tecnocrata de segurança nacional é, segundo Malloy (1976):

“[...] de que um programa de previdência social eficiente e benéfico diminui a tensão social e eleva o moral do trabalhador, contribuindo, desse modo, para o desenvolvimento e a segurança nacional” (p. 21).

A expansão da cobertura do INPS à população rural não ocorreu ainda neste momento, mas somente em 1971, sob a

e dela — o atributo saúde — se extrai mais-valia; de outro lado, o contingente excluído pelo capital a ser institucionalizado por entidades públicas, semipúblicas ou particulares, ao assumir a custódia, amenizam as tensões sociais. Assim, a partir da capitalização dos recursos recolhidos da força de trabalho ativa se extraem parcelas que mantinham institucionalizados os segmentos do

No mesmo ano de sua criação, o Instituto Nacional de Previdência Social e Assistência Social estabeleceu o Plano de Pronta Ação — PAA, procedendo à expansão do contrato-empresa entre a empresa de médio e grande porte com as empresas de saúde e, assim, atendendo à ampliação da demanda. As despesas neste contrato seriam cobertas em um terço, pela devolução da contribuição devida à Previdência Social e os dois terços seguintes pelo abatimento no imposto de renda da firma.

Além do convênio-empresa já existente, o PAA previa o pagamento — por unidades de serviço (US) — para contratos e convênios com empresas médicas. Esse modo de crescimento das empresas de saúde, onde os atos médicos chegam a ser realizados de maneira necessária ou ainda são cobrados sem terem sido contratados.

Em 1975, aprova-se a Lei 6.229, que cria o Sistema Nacional de Saúde, definindo as funções do complexo de instituições de saúde e as áreas de competência dos ministérios e órgãos federais, estaduais e municipais. Apesar de a lei verificar a multiplicidade de ações de saúde, ela não estabeleceu mecanismos efetivos de sua integração, permanecendo as disputas entre as burocracias do Ministério de Saúde — pelo planejamento e ação coletiva, com prioridade para o Ministério da Previdência e Assistência Social, opulento, e o diversificado nas formas de prestação e níveis de qualificação da assistência individualizada de saúde. A inoperância da Lei 6.229 manteve a duplicidade de ação dos serviços de saúde, sua descoordenação e ineficiência. Aliadas ao desperdício de recursos e serviços públicos,

mantinham-se a lucratividade e fraudes nas empresas e nos hospitais privados cujos resultados não alteram a realidade de doença das classes populares, mas promovem uma séria crise financeira na Previdência Social em 1978. Em 1977/78, as atividades médico-assistenciais foram centralizadas no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social — INAMPS, “poderoso aparelho burocrático gerenciando o movimento da medicina empresarial” (Cordeiro, op. cit.: 87).

Em outubro de 1979, no governo Figueiredo, realizou-se o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, com novecentos participantes. As recomendações apontavam para a uniformização de todo o sistema, direcionamento dos recursos para a expansão do setor primário de atenção à saúde, fortalecimento do setor público, substituição gradativa do empresariamento e criação de mecanismos de controle popular no sistema de saúde²³.

Essas recomendações foram parcialmente incorporadas ao Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde — PREV-SAÚDE, proposto pelos ministérios da Saúde e Previdência Social, para estender a cobertura de serviços básicos para noventa por cento da população brasileira. Esse aditamento foi posteriormente mutilado pelo Conselho de Desenvolvimento Social e teve como inimigos a burocracia do INAMPS, da Federação Brasileira de Hospitais, da Associação Médica Brasileira e da Associação Brasileira de Medicina de Grupos.

A tendência privatizante, burocrática e autoritária dos anos 70 estende-se para a década posterior, que o presente trabalho não comporta analisar.

Se, de um lado, as instituições de saúde e seus agentes sofrem as determinações do modelo econômico, políticas sociais específicas e da conjuntura, de outro lado, as condições de trabalho, a característica da clientela, as possibilidades

²³ Conclusões similares foram aprovadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, Brasília, julho/86. Vide nota de rodapé nº 13, Cap. I, p. 55.

de efetivação do discurso propagado pelas diretrizes governamentais, a percepção crítica dos agentes/pessoal/clientela sobre o processo promovem movimentos — mesmo que individuais ou localizados — de insatisfação, de reconhecimento da submissão, do autoritarismo institucional, da necessidade de transformação dessa realidade, de se transformarem em autores e atores de uma nova realidade social.

A história do movimento de resistência no interior das instituições de saúde bem como nos bairros periféricos e outros espaços onde se buscaram respostas aos problemas de saúde ainda carece de registro e divulgação. Algumas experiências iniciadas nos anos 70 têm sido divulgadas, surgindo algumas publicações (Merhy, s.d.:44-53 e Cortazzo, 1984) não havendo, portanto, uma sistematização dos movimentos alternativos de saúde e o processo de ressurgimento da sociedade civil, fato que aponta a necessidade de pesquisas nesta direção.

Diretriz semelhante à da Previdência, ou seja, a privatização, foi aplicada pela ditadura militar no setor da Educação, que abordaremos aqui, pelos desdobramentos em relação à formação de recursos humanos para a área de saúde. Preconiza-se a universalização do ensino primário, com a colaboração empresarial via "salário-educação", o ensino profissionalizante ao nível médio e a privatização do ensino superior ao nível médio, pautado no acordo MEC-USAIID.

A estrutura universitária é reformulada em 1967 com a centralização do ensino e pesquisa em departamentos de uma mesma área de conhecimento, cercando o trabalho interdisciplinar. A Reforma Universitária cerceou a representação estudantil e tornou autoritárias as formas de decisão que culmina com o Decreto-Lei 477 que colbe as manifestações políticas e os protestos dos setores universitários. Em 1968 vários decretos tratam da expansão das vagas no ensino superior, a partir do setor privado, em resposta à demanda das camadas médias.

Nessa conjuntura, a expansão do ensino superior foi realizada por empresas particulares, a partir de cursos inde-

pendentes. A área de saúde, que, nos anos 60, vinha ampliando as modalidades profissionais, se vê atada aos interesses econômicos e ideológicos vinculados ao setor para garantir a formação de seus recursos humanos. A qualidade e quantidade necessárias dos recursos humanos em saúde tornaram-se independentes, de um lado, da lucratividade do curso e investimento necessário à sua realização e, de outro lado, das necessidades históricas determinadas no modo de organização dos serviços de saúde.

A demanda das organizações de saúde, que na maioria eram particulares, aliada "aos anseios de ascensão social das grandes camadas médias via escolarização sofisticada" (Quadra & Amâncio, in Guimarães, 1978:245), condicionaram a determinação das escolas e vagas a serem criadas na área de saúde.

Do modelo privatizante da política de saúde requisitava-se a absorção de médicos e psicólogos para a área da indústria, enfermeiros para chefiar as unidades hospitalares e assistentes sociais. Em escala muito menor, estariam as necessidades da área preventiva e das unidades semipúblicas (entidades beneficentes), as quais absorvem uma variedade de profissionais além dos anteriormente citados, em condições de trabalho e remuneração mais precárias.

A lucratividade de um curso da área de saúde se determina pela demanda dos alunos *versus* o investimento de capital injetado pela instituição de ensino. O primeiro fator — demanda de alunos — é determinado pela expansão das camadas médias urbanas que vêm nas ocupações da saúde um forte apelo ideológico assistencialista, a expectativa de ascensão social pelo exercício liberal da profissão ou pela generalização da assistência de saúde à população e a absorção pelo contingente feminino das carreiras e profissões — também desconhecidas — em contraposição às carreiras já desvalorizadas como Pedagogia a Serviço Social ou Letras (cf. Durand, 1985:7-8). Quanto ao investimento da instituição de ensino, de um lado vê-se a proliferação de cursos de baixo custo de investimento em professor, equipamento e

recursos materiais, como Pedagogia, Serviço Social; mas o seu reverso, um curso de alto custo como Medicina também teve as vagas expandidas no setor privado de ensino pelo grande fluxo de alunos que determinou fortemente a seleção do alunato segundo sua condição financeira de custeio do curso.

Resultante dessas múltiplas determinações, observa-se um aumento desproporcional no oferecimento de vagas para cursos de Psicologia em relação a cursos que requisitassem laboratórios, estágios e maior proporcionalidade docente/aluno como Enfermagem, Fisioterapia etc.

Outra questão a ser lembrada é que as universidades públicas, criadas posteriormente à Reforma Universitária, já foram constituídas sob a estrutura de fundação, juridicamente meio caminho andado à privatização e ao controle e determinação do mercado de trabalho. As verbas para o Ministério da Educação e Cultura decresceram de 7,6% em 1970, a 4,31% em 1975, recuperando-se um pouco, em 1978, com 5,2%. Esta redução provocou a diminuição de vagas no ensino público e, por sua vez, ampliou a concorrência nos vestibulares, acabando por reservá-las aos membros das classes hegemônicas (cf. Vieira, op. cit.:215-6).

Além disso, a participação de técnicos norte-americanos na elaboração da Reforma Universitária estabeleceu prioridades técnicas na aplicação destes recursos. A ideologia do "progresso empresarial" valorizou as ciências aplicadas, a engenharia, a administração; com isso, algumas áreas do conhecimento tornaram-se "desvalorizadas", como ocorreu com a área de saúde, exceção feita à medicina. Ou seja, a educação universitária foi "requisitada" a participar de um determinado tipo de desenvolvimento social, onde o progresso técnico, os conglomerados econômicos, requisitavam ocupações ligadas à gerência, e as demais áreas do conhecimento, se não colaboravam diretamente na produção — como a medicina e a psicologia da indústria — eram convocadas a cumprir papéis fundamentalmente no plano político-ideológico da sociedade de classes.

A precariedade no funcionamento de vários cursos de saúde em instituições públicas ou particulares não impediu a sua abertura e continuidade.

Os critérios técnicos para abertura e manutenção de cursos universitários exigidos pelos órgãos fiscalizadores não contemplavam a qualidade do atendimento prestado à população. Teoricamente, os Conselhos Profissionais é que teriam por atribuição zelar pelo nível de assistência prestada por sua categoria à população; entretanto, é incomum ocorrerem processos éticos que resultem em punição ou mesmo exclusão de profissionais desqualificados ou especuladores.

Finalizando, as políticas sociais realizadas pelo regime autoritário através de atuação setorial e parcelar nas áreas de Educação, Saúde Pública e Previdência Social apresentam-se unidas e bem direcionadas na lógica da privatização dos serviços do ensino superior ao médio, da assistência à força de trabalho ativo, onde o Estado mantém a centralização e o controle, desobrigando-se paulatinamente das medidas sociais abrangentes que se manifestam na perda da qualidade do ensino de primeiro grau, das medidas de saúde coletiva e nas atividades assistenciais.

O conjunto de medidas implementadas, associadas à política econômica e às medidas coercitivas, promoveu a desmobilização da sociedade civil no período de maior pauperização de nossa história.

Entretanto, na segunda metade dos anos 70, a sociedade civil se fortalece e os movimentos sociais começam a se expressar em várias vertentes: no meio estudantil, pela reconstrução da UNE (União Nacional dos Estudantes); no meio sindical, pela retomada da luta salarial após a greve vitoriosa dos metalúrgicos da região do ABC, em 1978; no movimento feminista; no movimento dos negros; no meio popular, via Comunidades Eclesiais de Base e organizações independentes; no Movimento pelo Custo de Vida; da Anistia e de Creches; em experiências localizadas de participação popular na gestão do serviço público, como o movimento de saúde da Zona Leste, de administrações municipais partici-

pativas (Campinas, Piracicaba, Lajes), além de manifestações desordenadas de revolta e insatisfação da população reprimida.

O surgimento de todos esses movimentos mostra que parcelas crescentes da sociedade civil tomam consciência da contradição entre suas necessidades como cidadãos e grupos sociais, e as possibilidades de satisfação existentes dentro da estrutura social vigente (cf. Singer, in — e outros, 1980:28).

O movimento oposicionista também se expressa no plano eleitoral e parlamentar através do MDB (Movimento Democrático Brasileiro), partido da "oposição consentida", e em outros organismos partidários não oficiais, incorporando forças populares e setores que haviam sido excluídos da política, de tal forma que, ao final dos anos 70, a sociedade brasileira conquistou o processo de abertura política e nova organização partidária e civil.

Ao fim da década de 70, a experiência de novas lutas permitiu que se descobrisse a importância de romper o isolamento político de cada setor e que, para tanto, era necessária a articulação dos movimentos entre si em busca da democratização e transformações de base para o conjunto da sociedade.

Concluindo, conforme análise realizada neste capítulo, o processo de monopolização da economia criou necessidades novas a serem realizadas pelo Estado. Nas primeiras décadas deste século, as ações do Estado no campo das políticas sociais foram implementadas através de medidas de saúde pública, de caráter coletivo, que mantivessem viva a força de trabalho no período de expansão das atividades industriais. Ao fortalecimento das necessidades sociais, iniciativas mutualistas e reivindicações trabalhistas, o Estado monopolista responde à pressão popular com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões, onde também a assistência individualizada de saúde era realizada; assim desaqueciam-se as reivindicações por uma legislação trabalhista com os CAPs de trabalhadores ligados ao complexo exportador. Ou seja, o

Estado vem responder à necessidade de manutenção dessa força de trabalho envolvida em setores vitais da economia numa perspectiva econômica, ao mesmo tempo que cimenta uma perspectiva social promovida, numa perspectiva ideológica.

Com a diversificação da economia e a expansão da atividade industrial, o Estado é requisitado a participar ativamente do processo de hegemonia urbano-industrial. Essa necessidade político-econômica cria os Institutos de Aposentadoria e Pensões para outros setores da economia, a partir dos quais o Estado administra estes recursos, capitalizando e investindo segundo suas próprias prioridades. A lógica contencionista na Previdência Social vai basicamente de 1930 a 1945, durante o primeiro governo Vargas, no qual a expansão do serviço da Previdência garantiu uma base de apoio popular à ditadura que se implantou.

Ao processo de democratização da sociedade iniciada em 1946, que foi delimitado pelos governos populistas que se sucederam, altera-se a lógica contencionista dos IAPs para uma lógica distributivista. Ela perdura até 64, com grande diferença entre os serviços e benefícios prestados pelos diferentes IAPs: IPA Comerciais, IA Marítimos, IBancários, IAP Industriários etc. As irregularidades na arrecadação em presarial e governamental foram tornando os orçamentos dos IAPs cada vez mais deficitários, tampouco conseguindo fazer frente às crises recessivas. A lógica econômica começa a influenciar os institutos financeirosmente mais sólidos e nos quais grassavam os interesses político-eleitorais específicos.

A necessidade de reordenamento entre as classes hegemônicas, vinculando-se ao capital internacional, e das relações de produção com as classes assalariadas e as populações marginais gestou o golpe de Estado de 1964. A uniformização da assistência no INPS, que garantiu as condições mínimas de reprodução da força de trabalho e parte do exército de reserva, aliada às medidas coletivas de

caráter preventivo e custodial, implementadas basicamente pelo Ministério da Saúde e voltadas às camadas populares e marginais, acrescidas das práticas de saúde liberais e beneficentes, vêm cobrir uma ampla gama de camadas sociais estruturadas a partir do modelo econômico monopolista, centralizador e autoritário. A integração e coordenação de todo esse complexo assistencial, pretendida desde 1975, não se realiza por haver interesses políticos específicos nas várias tecnocracias estatais, bem como os interesses econômicos imediatos das empresas de saúde conveniadas que se expandiram à custa dos recursos públicos e da ociosidade e ineficiência dos serviços estatais.

As práticas de saúde nesta última década, paulatinamente, vêm se amalgamando a este complexo sistema de saúde, onde o atributo saúde é focalizado sob a ótica capitalista, de maneira que a expansão das modalidades ocupacionais em saúde se concretizavam a partir das funções desempenhadas a nível econômico, político e ideológico por cada uma destas modalidades.

A vinculação das políticas de saúde brasileiras a uma dada realidade da assistência será tratada no próximo capítulo, em que se buscará enfocar a seguinte questão: como os serviços e práticas de reabilitação se articularam historicamente ao sistema de saúde existente, no período de 1950 a 1980, e quais funções econômicas, políticas e ideológicas foram desempenhadas por eles.