

O GASTO PÚBLICO COM SAÚDE NO PERÍODO DESENVOLVIMENTISTA

1. Introdução

As características intrínsecas e o debate econômico, político e ideológico atinentes ao período populista foram alvo de copiosa literatura especializada nas diversas áreas do conhecimento. Particularmente profusa é a bibliografia que trata da ênfase emprestada à política pública no tocante à preeminência da meta de aceleração do crescimento econômico e a conformação do Estado brasileiro visando atingir tal objetivo. Igualmente significativa é a literatura relacionada ao papel do Estado no âmbito das relações de trabalho. Simultaneamente, de forma dissonante, podemos constatar o relativamente reduzido número de estudos assentados na análise das características e composição do dispêndio social neste mesmo interregno.

Este artigo visa preencher em parte esta lacuna, ao se propor a examinar os condicionantes e características da despesa pública na área de saúde durante o período 1930-64. Nosso intuito é demonstrar que a ascensão dos gastos públicos com saúde durante os anos 1930 e até meados da década de 1950 foi interrompido e revertido a partir de então, em virtude, essencialmente, da consolidação e hegemonia do discurso desenvolvimentista, o qual estatuiu e consolidou novas prioridades no que diz respeito à gestão dos dispêndios públicos, atribuindo papel diverso aos gastos com saúde no orçamento.

Além desta Introdução, o artigo compõe-se de mais três seções. Na seção seguinte, examinamos a “perspectiva sanitária”, hegemônica na primeira metade do século XX, a qual via na atuação incisiva do setor público na área de saúde um dos fatores imprescindíveis para a superação das condições de subdesenvolvimento. Tal perspectiva é substituída, a partir de meados dos anos 1950, conforme evidenciamos na seção três, por um ponto de vista totalmente diverso que, consentâneo com a hegemonia do discurso desenvolvimentista, advoga a priorização dos gastos associados à aceleração do crescimento da indústria como condição primeira para o aumento do bem-estar da população, incluindo-se aí a situação de saúde. No tópico quatro – com base em levantamento de dados provenientes do IBGE (Anuários Estatísticos do Brasil) e dos Balanços Gerais da União – demonstramos como esta mudança de perspectiva refletiu-se de forma inequívoca nos desembolsos do setor público com a área de saúde. Finalizamos com as Considerações Finais, na qual buscamos sumarizar as evidências levantadas no artigo.

2. Saúde e desenvolvimento econômico

Uma idéia bastante difundida no início da década de 1950 foi a teoria do círculo vicioso entre a pobreza e as péssimas condições de saúde. Imortalizada na célebre fábula de Monteiro Lobato, "Jeca Tatu", tal perspectiva atribuía papel determinante na manutenção da situação de miséria de grande parte da população às deficiências crônicas encontradas na área de saúde. Nesse contexto, a intervenção do setor público como forma de romper definitivamente com este círculo perverso ganhou força. A implementação deste tipo de idéia passava pela tentativa de montar todo um aparato de assistência à saúde semelhante ao dos países desenvolvidos. Acreditava-se que a reprodução das mesmas condições sanitárias nos países subdesenvolvidos fosse um dos elementos fundamentais para se romper o círculo vicioso da pobreza e promover o *take-off* da economia, "*os sanitaristas da época viam a relação causal no sentido doença-pobreza: para eles, solucionado o problema da doença, a pobreza estaria automaticamente resolvida*" (BRAGA e PAULA, 1986, p. 59).

Após a II Guerra Mundial, a eficiência e a eficácia dos instrumentos direcionados para a área de saúde aumentaram enormemente. A possibilidade de alterar de forma significativa os indicadores de saúde do conjunto da população, influenciando, dessa forma, variáveis econômicas e sociais apresentava-se como extremamente atraente. A conjugação desse fato com o evidente apelo popular das medidas destinadas a fazer frente às doenças e propiciar melhor atendimento médico, alçou o setor de saúde ao âmbito do planejamento econômico no período imediato ao pós-guerra, como no exemplo do Plano SALTE¹.

1. Em sua versão original, o Plano SALTE previa os seguintes itens de despesa:

RESUMO FINANCEIRO DO PLANO SALTE (1949-1953)

(Cr\$ milhões e participação relativa)

I - SETORES DO PLANO

1) Setor de Saúde.....	2.601 (13,84%)
2) Setor de Alimentos.....	2.700 (14,36%)
3) Setor de Transportes....	9.655 (51,36%)
4) Setor de Energia.....	2.245 (11,94%)
Subtotal I.....	17.201 (91,49%)

II - VERBAS GERAIS

1) Fundo Rotativo.....	800 (4,26%)
2) Fundo de Reserva.....	779 (4,14%)
Subtotal II.....	1.579 (8,40%)
TOTAL GERAL.	18.800 (100,0%)

O Plano SALTE resultou de uma junção das recomendações expressas no relatório entregue ao governo pela 1ª Comissão Mista Brasil-Estados Unidos (também conhecida como Comissão Abbink) e levantamentos realizados por alguns ministérios e pelo DASP (Cf. CARONE, 1985, p. 77). O processo de desmoralização do Plano foi bastante rápido, apontando-se de forma praticamente unânime na literatura a sua pouca efetividade.

As atividades desenvolvidas pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) constituem um ótimo exemplo de como se tentou implementar tal pensamento para o Brasil, com resultados, todavia, desalentadores.

O interesse pela instituição de padrões de atendimento à saúde próximos aos parâmetros norte-americanos, conforme propostos pelo SESP a partir dos anos 40, datam da década de 20. Carlos Chagas, no plano federal, e Geraldo Horácio de Paula Souza, no estado de São Paulo, foram os principais defensores da mudança de enfoque operada a partir de então no sistema de saúde pública brasileiro. A ênfase nas campanhas sanitárias visando a debelar o conjunto de doenças infecto-contagiosas que assolavam a região mais desenvolvida do país nas décadas circunvizinhas ao início do século XX (febre amarela, varíola, peste bubônica, febre tifóide)², foi substituída pela perspectiva da educação sanitária. Nesta, a presença mais constante dos profissionais de saúde junto às populações – no sentido de "educá-las" e assisti-las no caso de doenças –, adquire maior importância³.

"Ideologicamente, esta transformação no interior das práticas sanitárias caracteriza-se por um deslocamento da influência da escola francesa, que é substituída pela escola americana. Da perspectiva bacteriológica, na qual a polícia sanitária e o campanhismo eram os instrumentos básicos, as práticas sanitárias começam a se transformar em práticas médico-sanitárias" (MERHY, 1987, p. 94-5).

Neste projeto, o eixo central da política sanitária deveriam ser os Centros de Saúde, *"de onde se irradiará, para o todo social, o conjunto daquelas ações promotoras e/ou protetoras da saúde e que terão que se configurar em permanentes, dada a sua natureza"* (MERHY, 1987, p. 99)⁴. Isto não significava pôr fim à organização institucional anterior, baseada na perspectiva bacteriológica, mas sim relegá-la a posição secundária, condicionando desfavoravelmente sua dinâmica. Os progressos científicos e tecnológicos no campo da medicina curativa, disseminados com particular intensidade a partir de meados do século, colaboraram para consolidar de vez a posição subordinado do aparato ligado à saúde pública no contexto das práticas sanitárias.

2. Cujas figuras exponenciais foram Emílio Ribas e Oswaldo Cruz.

3. *"No dia 1º de outubro de 1923, na sede da Academia Nacional de Medicina, quando da sessão inaugural do primeiro dos congressos realizados pela SBH (Sociedade Brasileira de Higiene), Carlos Chagas, falando a cerca de 200 congressistas, apontava as oposições existentes à ação da Fundação Rockefeller na área da Saúde Pública no Brasil, e defendendo-a, apontava para o seu sentido prático, em oposição às 'phrases de sensação, em que se exalta o nacionalismo extravagante'"*. Luz (1982, p. 176).

4. As iniciativas ligadas a este projeto datam de anos anteriores, como, por exemplo, os Postos de Combate à ancilostomose, financiados, em 1916, pela Rockefeller Foundation e depois incorporados ao Serviço Sanitário Estadual de São Paulo e o acordo firmado por esta mesma Fundação com o governo do estado, dois anos depois, para instalação de postos de saúde semelhantes em diversos municípios paulistas. Cf. Merhy (1987, p. 101).

Mediante o apoio da Fundação Rockefeller, o SESP instalou, em várias regiões do país, hospitais e unidades sanitárias-modelo, cujo núcleo básico deveria contar com um médico, um microscopista, um laboratorista e um guarda-chefe (Cf. BRAGA e PAULA, 1986, p. 60)⁵. A intenção era, uma vez instalados os serviços, passar os gastos com manutenção gradualmente para os estados e municípios, assim como o próprio financiamento do SESP, o qual deveria caber ao governo federal.

Os custos associados à instalação e manutenção de tal equipamento de saúde encontravam-se, contudo, fora da realidade brasileira, ou pelo menos, do que se entendia como sendo o grau máximo de comprometimento de recursos públicos com a saúde. A boa acolhida das propostas do SESP durante décadas junto ao governo brasileiro substituiu-se, assim, a partir de meados da década de 50, por uma visão crítica de sua atuação.

3. Desenvolvimento econômico e saúde

As atenções voltaram-se, doravante, para a diminuta eficácia dos serviços prestados. Atribuiu-se tal desempenho desfavorável às diferenças entre a realidade brasileira e a encontrada nos países desenvolvidos dos quais se importava tal modelo. Os próprios técnicos do SESP, em autocrítica realizada em 1956, afirmavam:

"os motivos de nossas deficiências são vários, sobressaindo entre eles, porém, a tentativa que fizemos de aplicar, em nossas áreas, esquemas de trabalho calcados nos outros países, sem levar em conta as profundas diferenças econômico-sociais existentes entre os países de economia predominantemente agropastoril e os de nível industrial e tecnológico avançado" (Apud BRAGA e PAULA, 1986, p. 60).

O Presidente Juscelino Kubitschek, em Mensagem ao Congresso, salienta os limites financeiros estreitos com que se defrontavam os projetos do SESP, notadamente quando se consideravam os níveis inferiores de governo. *"De organização excessivamente dispendiosa, os empreendimentos que o SESP mantém em alguns municípios são de tal custo que dificilmente poderão ser transferidos para a responsabilidade das administrações locais"* (Apud BRAGA e PAULA, 1986, p. 61).

5. A influência da Fundação Rockefeller junto ao governo brasileiro desde as primeiras décadas do século pode ser avaliada pelos convênios firmados em 1929. Em janeiro, um contrato entre a Fundação e o governo central estabeleceu que o combate à febre amarela ficaria sob responsabilidade diversa conforme as duas grandes regiões nas quais se dividia o país para este fim: na região Norte a cargo da Fundação Rockefeller e no Sul caberia ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Um novo acordo firmado no último mês do ano restringia a atuação do DNSP quanto ao combate à febre amarela apenas ao Distrito Federal, ficando o restante do país a cargo da Fundação. Cf. Luz (1982, p. 207).

Os poucos resultados alcançados pelo SESP e o entendimento crítico de sua atuação permitiram moldar uma nova "explicação" para a relação doença-pobreza, na qual a doença deixa de ser causa para postar-se como consequência da pobreza⁶. A subordinação da política de saúde à política de desenvolvimento tornou-se evidente na retórica e na prática do setor público. Senão, vejamos o caso do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), criado em meio à euforia desenvolvimentista do governo Kubitschek.

Em 1956, com a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais, o governo federal buscava transformar em rotineiras as campanhas de emergência antes esporádicas e sujeitas às emergências de epidemias (Cf. POSSAS, 1981, p. 186-7). O DNERu absorveu o Serviço Nacional de Malária, o Serviço Nacional da Peste e o Serviço Nacional da Febre Amarela. Seus objetivos incluíam

"organizar e executar os serviços de investigação e promover o combate à malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela, esquistossomose, ancilostomose, filariose, hidatidose, bócio endêmico, boubá, tracoma e outras endemias existentes no país, cuja investigação e combate lhe forem especialmente atribuídas pelo Ministro de Estado, de acordo com as conveniências de ordem técnica e administrativa" (PINOTTI, 1959, p. 142-3).

A sintonia de suas propostas com a ideologia desenvolvimentista e os indícios de subordinação da política de saúde aos desígnios fixados pelo desenvolvimentismo não poderiam ser mais eloquentes que os critérios do DNERu para seleção de localidades: *"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"*⁷.

Uma mostra importante da penetração do ideário desenvolvimentista entre os próprios técnicos ligados à área de saúde pode ser encontrada no texto seguinte de Carlos Gentile de Mello, autor cuja preocupação social revelava-se bastante pronunciada, sendo um crítico feroz

6. Um ótimo exemplo do novo enquadramento dado ao círculo vicioso da pobreza e doença – com a crítica ao modelo sanitário anteriormente adotado, julgado dispendioso e não adequado a nossas necessidades –, e a defesa do desenvolvimento como único método eficaz de melhorar as condições gerais de saúde pode ser encontrado em "Retrospecto parcial da economia brasileira nos últimos 20 anos - d) Setor sanitário - saúde pública". In *Desenvolvimento & Conjuntura*, (7): 89-96, jul. 1961.

7. *Apud* Possas (1981, p. 186). O evoluir dos casos de malária parece ser decorrência direta desta nova ênfase, dada a dependência estreita da disseminação e controle dessa doença das ações e omissões do setor público. Segundo o relatório do EPEA, a malária, que chegou a atingir sete milhões de casos, com a zona malarígena abrangendo 90% da área geográfica do Brasil, reduziu-se, em 1956, a cerca de 200.000 casos. Com o colapso do programa de controle da malária, sobretudo entre 1958 a 1960, os índices de transmissão voltaram a ascender, só

do processo de privatização da medicina. Mesmo assim, no início da década de 60, seu pensamento direcionava-se no mesmo sentido dos proponentes da subordinação dos gastos com saúde aos ditames do processo de desenvolvimento econômico. Assim, escreve o autor:

"embora a educação ou a saúde pública sejam fatores necessários ao desenvolvimento econômico, isso não significa que constituam a mola desencadeadora do processo de desenvolvimento, a ponto de justificar a absorção de recursos excessivos em prejuízo de investimentos em indústrias, transportes, maquinaria, abastecimento de energia elétrica etc." (MELLO, 1977, p. 47).

Mello considerava o processo de desenvolvimento econômico, ao propiciar o acesso da população a maior quantidade de bens e serviços, como mais eficaz para debelar o quadro de morbidade e mortalidade, do que as ações de saúde por parte do Estado. Tal idéia pode até ser defensável, sob determinadas circunstâncias, todavia, afirmativas como a acima ilustrada ou de que *"o emprego de consideráveis recursos com a assistência médica pode implicar na redução de investimentos responsáveis pelo desenvolvimento econômico"* (MELLO, 1977, p. 49), acabam por servir para justificar o descaso e a diminuição de recursos carregados para a área de saúde no momento presente em troca de um suposto futuro melhor, que seria viabilizado mediante o incremento da taxa de crescimento econômico.

A relação que se possa estabelecer entre o nível de saúde e de desenvolvimento econômico de uma população depende crucialmente de como se encare a saúde, se como objetivo-fim ou como objetivo-meio. As implicações práticas destes dois pontos de vista são bastante diversas. A consideração da saúde como objetivo-fim implica, relativamente à alocação dos recursos públicos, comparar sua eficiência, em termos de bem-estar social, a outras inversões sociais que se constituem, igualmente, como um fim em si mesmas.

Enxergar a saúde como objetivo-meio significa subordiná-la ao crescimento econômico, considerando, implícita ou explicitamente, que apenas este se revela realmente capaz de pôr fim aos problemas de bem-estar em geral e de saúde em particular. As ações estatais no campo da saúde adquirem, neste raciocínio, caráter subsidiário e pouco efetivo na melhoria das condições de saúde da população. A única justificativa possível dos gastos com saúde, nesta perspectiva, é a sua colaboração para o desenvolvimento enquanto promotora de melhorias de produtividade da economia como um todo. As despesas com saúde aparecem, então, como competidoras com os dispêndios realizados em outras áreas. *"Os rendimentos das inversões de saúde – se mensuráveis – deveriam ser comparados com aqueles característicos*

voltando a regredir a partir de 1962. Cf. Brasil. Ministério do Planejamento e Coordenação Econômica (1966, p. 50-1).

dos demais setores" (BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO ECONÔMICA, 1966, p. 30). As conseqüências derivadas de tal linha de pensamento revelam-se, do ponto de vista social, desastrosas:

"nas áreas mais atrasadas, em que o custo de oportunidade da mão-de-obra é reduzido devido à situação de excesso daquele fator, parte dos benefícios econômicos dos serviços de saúde – se vistos simplesmente como meio – seriam marcadamente neutralizados. Isto poderia levar a que, independentemente do módulo de inversões de saúde, seus benefícios econômicos seriam reduzidos" (BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO ECONÔMICA, 1966, p. 30).

O desenvolvimentismo permitiu, dessa forma, dispor o problema da saúde e da pobreza em termos completamente diferentes: urgia que se promovesse o crescimento econômico como única forma de dar solução eficaz à questão da saúde. As conseqüências dessa mudança de enfoque não são, de forma alguma, desprezíveis.

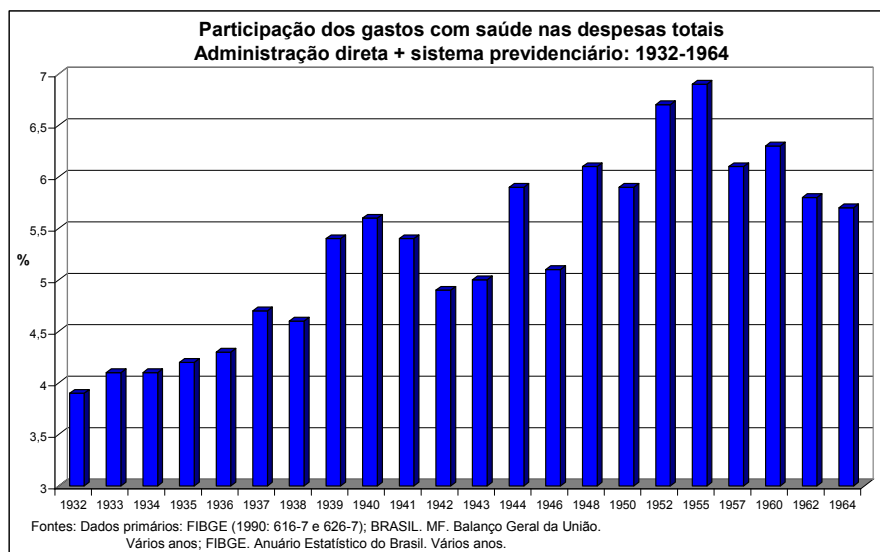
Tal quadro soma-se à inexistência de pressões políticas consistentes por parte dos trabalhadores quanto ao gasto com saúde. Verifica-se, para todo o período populista a inexistência de reivindicações específicas dos trabalhadores a este respeito e a ausência de considerações sobre o direito à saúde nos textos constitucionais do período⁸. Com efeito, a garantia do direito à saúde não consta de qualquer um dos textos constitucionais a vigorar no período. Apenas aos participantes do sistema previdenciário, e em condições restritas, foi afiançado tal direito.

4. O dispêndio público com saúde

Todo este conjunto de determinantes permitiu que a participação dos gastos com saúde no total do dispêndio do setor público, cuja tendência apresentava-se ascendente desde a década de 40, sofresse uma nítida inflexão a partir da segunda metade da década de 50, como evidencia o gráfico 1 a seguir.

8. "Caberia explorar a hipótese de que jamais os trabalhadores apresentaram no interior de suas lutas reivindicatórias uma ação integrada e que demonstrasse clareza de como enfrentar a questão da saúde. Já as classes dominantes sempre tiveram clara a importância econômica e política da manipulação de políticas sociais no âmbito da previdência e da saúde". Braga & Paula (1986, p. 82).

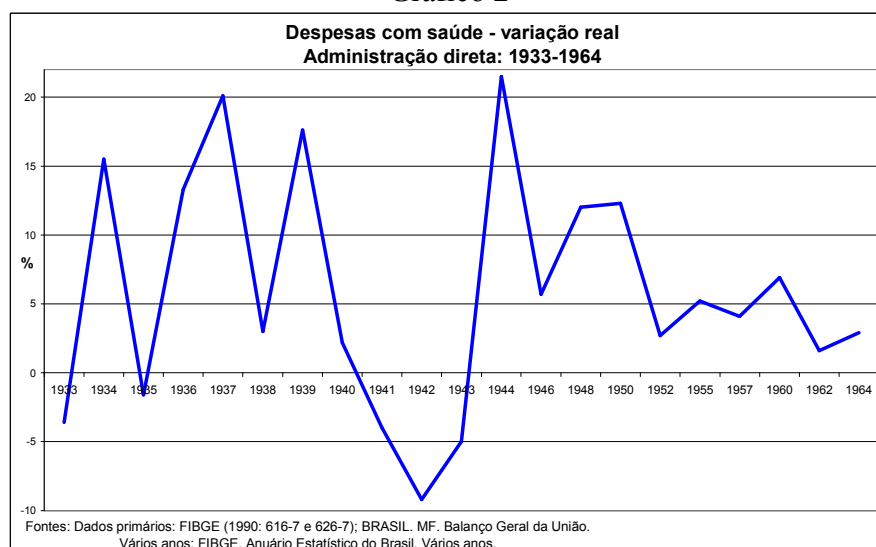
Gráfico 1



Na verdade, afora algumas poucas exceções, podemos facilmente perceber uma tendência quase contínua de incremento da proporção do gasto público com saúde entre 1932 e 1955. Neste período, o comprometimento dos gastos da administração direta mais o sistema previdenciário com saúde passou de 3,9% para 6,9% do total dos recursos disponíveis. Os anos seguintes exibem uma retração nítida nesse percentual, fazendo com que se situe, ao final do período de análise, em 5,7%, a despeito do acréscimo da participação dos dispêndios com saúde no âmbito do sistema previdenciário.

O gráfico 2, no qual se expõe a variação real média ao ano das despesas com saúde, caracteriza um padrão de mudança bastante irregular para o período anterior a 1946.

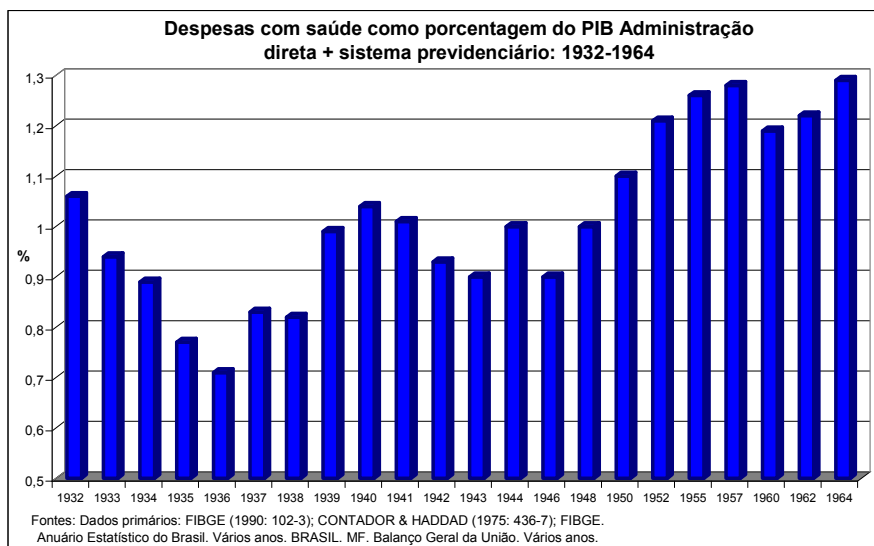
Gráfico 2



No interregno 1932/46 se intercalaram taxas altamente positivas com alguns decréscimos reais. Para o período seguinte, embora não se registre qualquer variação negativa, as taxas de crescimento revelam-se igualmente volúveis, concentrando-se em um patamar médio nitidamente mais reduzido. Notam-se incrementos menores nos períodos 1951/52 e 1961/64 - cerca de 2,5%, em média.

Tal comportamento do dispêndio real com saúde permitiu que, a partir de 1948, a participação desses gastos no Produto Interno Bruto – bastante irregular no período anterior, quando variou entre 0,71% e 1,06% do PIB – aumentasse consistentemente até 1957: passou de 1,0% para 1,28% do PIB (vide gráfico 3, abaixo). Percentual só ultrapassado em 1964 (1,29%) depois da queda observada nos anos de 1960 e 1962.

Gráfico 3



Para que se possa aquilatar melhor o significado desses valores, podemos compará-los com a proporção alocada à saúde por outros países no mesmo período. O estudo de McGreevey et alii traz os seguintes valores aproximados para a porcentagem do PNB gasto com saúde por alguns países entre 1950 e 1965.

Tabela 1
Tendências do Gasto com Saúde como Porcentual do PNB
Países Selecionados: 1950/65

Países	1950	1955	1960	1965
Austrália	...	...	(5,0)	(5,2)
Canadá	4,0	4,3	5,6	6,1
Estados Unidos	4,5	4,4	5,3	6,2
França	(3,4)	(4,5)	(4,7)	(5,3)
Itália	...	...	...	(5,0)
Países Baixos	...	(4,0)	(4,5)	(5,3)
Reino Unido	3,9	3,4	3,8	3,9
Suécia	3,4	4,1	4,7	5,6
Suíça	...	...	...	(3,8)

Nota: Os dados entre parênteses são aproximados, não derivados de fontes primárias.

FONTE: McGreevey et alii (1984, p. 8).

A eloqüência dos números dispensa qualquer comentário. As divergências entre os percentuais estimados para o Brasil e os encontrados para os países desenvolvidos acima listados revela níveis de prioridade bem distintos aplicados ao setor de saúde.

Tomemos agora outra estimativa, na qual constam alguns países com níveis de desenvolvimento econômico semelhantes e mesmo inferiores ao brasileiro.

Estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde, para os anos iniciais da década de 60, apontava para alguns países os seguintes valores de despesas indiretas com saúde, "*isto é, excluindo os pagamentos diretos não reembolsados feitos pelos destinatários*", como percentuais do produto nacional bruto.

Tabela 2
Gasto Indireto Total (Capital e Corrente) com Serviços de Saúde
como Porcentagem do Produto Nacional Bruto
Países Selecionados: Início da Década de 1960

País	Ano	Gastos com Saúde (% do PNB)
Iugoslávia	1961	4,8
Israel	1961/62	4,7
Suécia	1962	4,4
Canadá	1961	4,0
Venezuela	1962	4,0
França	1963	3,9
Reino Unido	1961/62	3,6
Tchecoslováquia	1961	3,5
Holanda	1963	3,4
Austrália	1960/61	3,3
EUA	1961/62	3,2
Finlândia	1961	3,1
Polônia	1961	3,1
Senegal	1961	2,9
Rodésia	1961/62	2,6
Ceilão	1957/58	2,5
Chile	1961	2,5
Quênia	1961/62	1,9
Tanganica	1961/62	1,9
Costa do Marfim	1961	1,8
Jamaica	1961	1,7
Irã	1961/62	1,4
Costa Rica	1961	1,3
Chipre	1961	1,0
Filipinas	1961/62	0,9

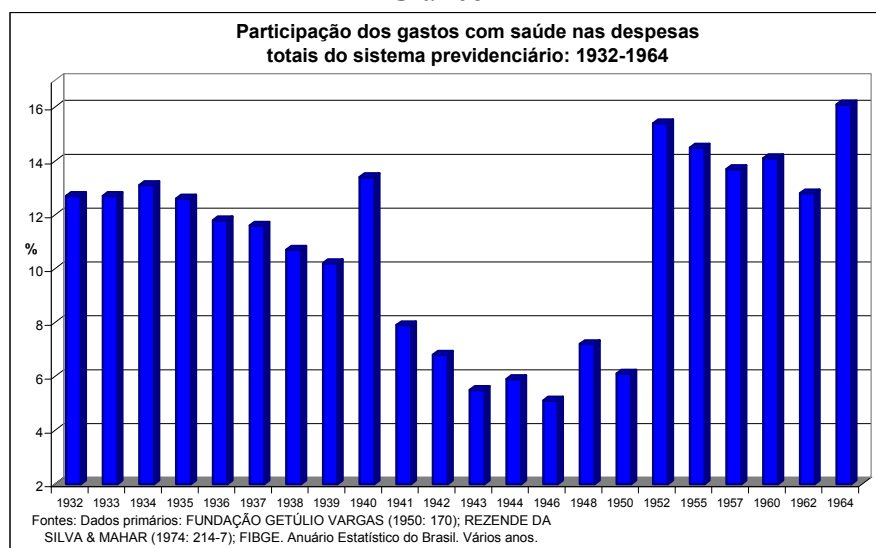
Fonte: ABEL-SMITH (1967, p. 74).

Assim, considerado este grupo de países, a situação brasileira revelava-se igualmente desconfortável. A posição relativa do Brasil só se mostrava superior à do Chipre e Filipinas, ficando abaixo, em termos de alocação proporcional de recursos públicos à saúde, de países como Venezuela, Senegal, Rodésia, Ceilão, Chile, Quênia, Tanganica, Costa do Marfim, Jamaica, Irã e Costa Rica. Tais países, em sua maioria, apresentavam nível de desenvolvimento econômico inferior ao do Brasil.

O baixo percentual de recursos alocados ao setor de saúde pelo setor público como um todo e, mais importante, o lento evoluir de sua participação no PIB e a queda observada na segunda metade dos anos 50 ocorreram a despeito do incremento substancial dos recursos alocados pelo sistema previdenciário ao atendimento médico e da manutenção, até com pequeno acréscimo, do dispêndio relativo dos municípios.

No caso do dispêndio do sistema previdenciário com saúde, houve, a partir da década de 50, uma retomada dos gastos com esta rubrica em padrões semelhantes aos do início do sistema, ultrapassando-se a fase contencionista própria do final da década de 30 e anos 40. Nestes anos, a porcentagem do gasto com saúde sofreu retração quase contínua (vide gráfico 4 a seguir), situando-se em patamar próximo a 6% no início da década de 50. A partir de então, o novo percentual de despesas das Caixas e Institutos de Aposentadoria e Pensões passa a níveis circundantes a 14%.

Gráfico 4



O oferecimento de assistência médica dentro do sistema previdenciário, característica marcante das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), passou a ser fortemente questionada a partir da década de 30, com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs)⁹, acentuando um movimento que já vinha se esboçando anteriormente, pois, na verdade já antes da constituição do primeiro Instituto na década de 30 procurava-se limitar a despesa com os serviços médicos dentro das CAPs¹⁰. Tal fato constitui ótima ilustração acerca do ponto de vista do Estado sobre a política social a partir de então. Os esforços envidavam-se no sentido de constituir o sistema previdenciário como um regime de capitalização. Deste modo, a assistência médica passou a ser encarada como um benefício assistencialista, dada sua

9. Exceção ao IAPM, criado em 1933, o qual oferecia assistência médica aos seus filiados.

10. Segundo o Decreto 20.465, de 01/10/1931, cada Caixa poderia despendar até 8% do orçamento com assistência médica, percentual este ampliado para 10% com o Decreto 21.081 de 24/02/1932. Cf. Vianna & Silva (1989, p. 151). Não se pode esquecer que já antes da Lei Eloy Chaves muitas empresas já ofereciam atendimento médico a seus funcionários. Em levantamento realizado pelo Departamento Estadual do Trabalho de São Paulo entre 1911 e 1919, cerca de metade das 30 empresas investigadas a cada ano forneciam tal serviço, geralmente descontando cerca de 2% dos salários dos empregados como contrapartida. Mesmo depois da criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões os serviços médicos continuaram sendo oferecidos. Cf. Possas (1981, p. 185).

desvinculação com as contribuições de cada associado e a dificuldade em se exercer controle e previsão sobre estes gastos.

Este tipo de visão sobre a assistência médica alcançou repercussões diversas entre os responsáveis pelos vários Institutos. Dessa forma, a despesa com os serviços médicos distribuiu-se de forma muito desigual entre as várias categorias de trabalhadores. Enquanto alguns Institutos e, principalmente, as Caixas de Aposentadoria e Pensões remanescentes até 1953, por pressões de seus associados, destinavam parcela significativa de seus recursos a esta rubrica, há outros institutos, como o IAPI, que resistiam fortemente a oferecer tal serviço.

"Durante muitos anos os técnicos do ex-IAPI defendiam a tese de que programas de proteção e recuperação da saúde não figuravam no elenco dos benefícios devidos pelo sistema de seguros sociais, não obstante a prestação de assistência médica estivesse relacionada, com prioridade, na Lei Eloy Chaves, de 1923, que criou as Caixas de Aposentadoria e Pensões agregadas às companhias de estrada de ferro" (MELLO, 1977, p. 250).

Dessa forma, o IAPI, o maior dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, constituiu-se no último a oferecer tal serviço, fazendo-o apenas a partir de 1952, e ainda assim de forma muito restrita. Em 1963, e apesar de já estar em vigor a Lei Orgânica da Previdência Social – a qual lista a assistência médica como um dos benefícios a serem obrigatoriamente oferecidos pelos Institutos – apenas cerca de 30% dos segurados do IAPI era assistido pela medicina previdenciária (Cf. MELLO, 1977, p. 250). Apesar disso, nesse momento, o movimento geral revelava-se inequívoco no sentido de ampliar o gasto com atendimento médico, notadamente após a LOPS.

A queda experimentada pela participação dos gastos com saúde no orçamento do governo federal e dos governos estaduais mostrou-se inequívoca já a partir do início da década de 50, acentuando-se tal tendência na segunda metade dessa década e início da seguinte, conforme podemos visualizar na tabela 3 a seguir.

Tabela 3
Participação dos gastos com saúde nas despesas totais da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e Previdência Social: 1932-1964

Ano	União	Municípios	Estados e Distrito Federal	Previdência Social	Administração Direta	Administração Direta + Previdência Social
1932	3,8	2,9	4,0	12,7	3,8	3,9
1933	3,9	2,3	4,6	12,7	4,0	4,1
1934	3,5	2,5	5,1	13,1	4,0	4,1
1935	3,9	2,8	4,8	12,6	4,1	4,2
1936	3,5	2,7	5,8	11,8	4,2	4,3
1937	3,8	3,7	6,3	11,6	4,6	4,7
1938	3,6	2,4	6,6	10,7	4,4	4,6
1939	4,8	2,1	6,9	10,2	5,3	5,4
1940	4,9	2,3	7,0	13,4	5,4	5,6
1941	4,6	2,3	7,3	7,9	5,3	5,4
1942	4,2	2,8	6,6	6,8	4,9	4,9
1943	4,3	2,7	6,6	5,5	5,0	5,0
1944	6,0	2,5	6,4	5,9	5,9	5,9
1946	3,5	3,6	8,0	5,1	5,1	5,1
1948	4,9	3,4	8,1	7,2	6,0	6,1
1950	5,2	3,6	7,5	6,1	5,9	5,9
1952	4,6	3,3	7,5	15,4	5,8	6,7
1955	4,8	3,8	7,7	14,5	5,9	6,9
1957	3,7	3,9	6,9	13,7	4,9	6,1
1960	4,3	3,6	6,7	14,1	5,2	6,3
1962	3,3	3,5	6,8	12,8	4,7	5,8
1964	2,8	4,1	5,7	16,1	4,1	5,7

Fonte: Dados primários: FIBGE (1990, p. 626); FIBGE. *Anuário Estatístico do Brasil*. Vários anos. BRASIL. MF. *Balanço Geral da União*. Vários anos

A União, que em 1950 chegou a comprometer 5,2% de seu orçamento com saúde, fez com que esse percentual regredisse para 3,7% em 1957. Após uma pequena recuperação em 1960, tal percentual voltou a cair, vindo a atingir apenas 2,8% em 1964.

A queda da participação dos gastos com saúde dos estados e Distrito Federal, se se revela menos abrupta, não deixou de seguir a mesma tendência geral: expansão quase contínua na década de 30 e até 1941 – quando ultrapassou os 7% – e retrocesso nos três anos seguintes. Há uma recuperação importante a partir de 1946, permanecendo a participação do gasto com saúde no patamar de 7,5% a 8% até meados da década de 50 para, a partir daí, decrescer quase continuamente, até atingir 5,7% em 1964.

A ampliação do gasto com saúde da previdência social e a manutenção dos níveis de dispêndio dos municípios em níveis próximos a 3,5%/4%, conforme mostra a tabela anterior, não se revelaram suficientes para reverter o quadro de queda relativa de recursos desenhado pela União e estados e Distrito Federal.

O exemplo da União é o mais eloqüente, dado que a porcentagem do orçamento alocado para a saúde regrediu, ao final da década de 50 e início de 60, a níveis inferiores aos da década de 30.

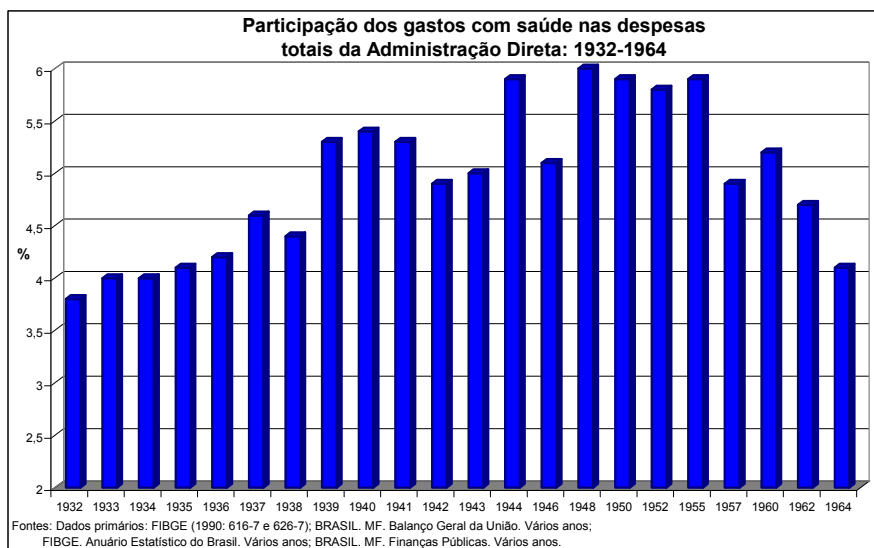
No tocante aos municípios há que se notar a importância maior das capitais de estados nos gastos com saúde, as quais, por algum motivo, mostraram-se mais sensíveis aos dispêndios com saúde.

Cotejando-se os gastos com educação e saúde pública dos municípios das capitais com os cem maiores municípios (excluindo-se as capitais) e com os demais municípios para o ano de 1959, obtemos alguns resultados bastante interessantes. No que concerne à educação pública, temos que as porcentagens do gasto total com este serviço realizado por cada um dos três grupos acima definidos aproximaram-se muito das proporções respectivas no dispêndio total. Todavia, tal não é o caso quando analisamos as despesas com saúde pública. Há, no caso deste serviço, uma nítida preponderância das capitais, para uma participação de 40,95% no dispêndio total dos municípios, as capitais respondem por 67,53% dos gastos com saúde. As cem maiores cidades, que compunham 26,65% dos gastos totais, responsabilizavam-se por 21,27% dos gastos municipais com saúde. Para os demais municípios, a discrepância revelava-se ainda mais pronunciada: com 32,40% dos gastos totais, os municípios menores comprometiam-se com apenas 11,2% dos dispêndios totais dos municípios com saúde pública¹¹.

Ao se examinar a proporção do dispêndio com saúde para os três níveis de governo (vide gráfico 5), observamos que a tendência imposta pela União e estados e Distrito Federal se mantém para o conjunto da administração direta, como não poderia deixar de acontecer pelo maior peso relativo destes dois níveis de governo frente aos municípios.

11. Cf. MACEDO, Ésio de F. "A situação municipal em 1959 à luz da geografia financeira". In BRASIL. MINISTÉRIO DA FAZENDA. *Revista de Finanças Públicas*, abr./mai./jun. 1961, p. 30.

Gráfico 5



Assim, após uma tendência nítida de ascensão ao longo das décadas de 30 e 40 – apesar das quedas observadas em alguns anos –, e de uma estabilização em níveis próximos a 6% nos anos finais da década de 40 e início de 50, seguiu-se uma queda significativa, com pequena recuperação em 1960. Tal recuperação prosseguiu até 1964, quando os gastos com saúde atingiram 4,1% das despesas totais dos três níveis de governo.

Paralelamente à perda relativa de recursos do setor saúde como um todo ocorreu um remanejamento interno desse gasto total favoravelmente ao atendimento médico curativo individual em detrimento das medidas no âmbito da saúde coletiva. A expressão maior desse processo é a preponderância, em 1964, do gasto previdenciário *vis-à-vis* qualquer um dos níveis de governo isoladamente.

Considerações Finais

A política social desempenha papel essencial no âmbito da ideologia de legitimação do capitalismo, ainda que, por vezes, não seja tão prestigiada na composição do orçamento público. O "problema social" e o "interesse governamental em buscar melhores condições de vida para a população" mediante a política social, têm papel destacado na articulação ideológica inerente ao capitalismo. No entanto, o encaminhamento peculiar dado ao debate ideológico no Brasil das décadas de 1930 a 1960 permitiu que se institísse retórica diversa quanto à política social.

Houve no período populista uma hegemonia irrefutável das idéias desenvolvimentistas e nacionalistas no debate político. Tais idéias avançaram e alcançaram ainda maior repercussão nos anos finais do denominado "período democrático-populista" (1946-1964).

Isto ensejou deslocar o eixo fundamental do discurso político da ênfase na política de bem-estar social para um conjunto diferente de proposições nas quais o bem-estar coletivo, ainda entendido como o objetivo mais importante, apareceu como dependente da velocidade do processo de crescimento econômico que a nação pudesse levar adiante. Permitiu-se, desse modo, que, mesmo em nível retórico, as considerações relativas às políticas sociais fossem conduzidas a plano secundário, subordinadas ao "objetivo nacional" de desenvolvimento.

Para o setor de saúde, a ênfase desenvolvimentista da década de 50 facultou a inversão dos termos da relação doença/pobreza, ao caracterizar aquela como totalmente dependente desta. A consequência prática de tal argumentação consistiu em reverter a tendência ascendente da participação dos gastos com saúde nas despesas totais, a qual vinha se observando até então, conquanto não de forma sistemática.

Assim, em que pese o impulso dado aos gastos sociais pelo novo contexto político instalado a partir da queda de Vargas, em 1945, o setor saúde experimentou pronunciada queda na sua participação relativa nos dispêndios totais a partir da segunda metade da década de 50, momento culminante da ideologia desenvolvimentista. Apenas em nível municipal, cujo peso relativo no cômputo geral dos gastos sociais era muito pequeno, pode-se observar tendência contrária ao declínio acentuado e constante dos dispêndios com saúde nos orçamentos da administração pública direta a partir desse momento.

É fundamental observar que tal tendência de declínio relativo ocorreu num contexto em que a despesa pública com saúde – tanto pública quanto com o atendimento médico individualizado – ainda se encontrava em patamar muito reduzido, sobretudo quando procedemos a comparações internacionais, seja com países desenvolvidos ou em desenvolvimento.

Isto ocorria, pois, já antes da hegemonia do discurso desenvolvimentista. Mesmo com a prevalência de discurso diverso quanto à relação saúde/pobreza, o interesse pelo gasto com saúde estava longe de poder ser considerado relevante. O excedente estrutural de mão-de-obra, característico da economia brasileira, importa em considerar, de uma perspectiva puramente economicista, como dispensável qualquer esforço mais contundente para com a área de saúde. O total dos gastos públicos com saúde – incluindo os três níveis de governo e o sistema previdenciário –, mesmo em seu pico, alcançou apenas o equivalente a 1,3% do PIB, patamar notoriamente inferior à maioria dos países para os quais havia dados disponíveis a este respeito.

O reflexo deste condicionamento posto no plano econômico, somado à primazia das idéias desenvolvimentistas, fez-se sentir não apenas na queda na alocação relativa de recursos para o setor saúde, como também em sua composição interna. As políticas de saúde pública perderam paulatina mas constantemente importância no conjunto da política de saúde em favor da medicina individual curativa.

A ampliação do gasto previdenciário com saúde possibilitou – notadamente ao governo federal, maior responsável pelo gasto com a saúde coletiva –, arrefecer as despesas com esta rubrica. A União resistiu, com ênfase crescente ao longo do período populista, a alocar recursos adicionais para o setor de saúde.

Tal movimento coincidiu plenamente com o direcionamento imposto pela política pública mais ampla. Permitiu desviar recursos para outras aplicações julgadas mais pertinentes, como o investimento em infra-estrutura e empréstimos ao setor privado e, simultaneamente, atender aos interesses de grupos específicos de trabalhadores com maior poder de barganha quanto ao oferecimento de assistência médica individualizada.

Referências Bibliográficas

- ABEL-SMITH, B. "The Welfare State: breaking the post-war consensus". In *The Political Quarterly*, vol. nº 51, nº 1, jan./mar. 1980.
- BRAGA, José Carlos de Souza & PAULA, Sérgio Góes de. *Saúde e previdência: estudos de política social*. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 1986. 226 p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA FAZENDA. *Balanço Geral da União*. Rio de Janeiro, Vários anos.
- BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO ECONÔMICA. *Plano decenal de desenvolvimento econômico e social: Saúde e saneamento - Diagnóstico preliminar*. Rio de Janeiro: EPEA, 1966.
- CARONE, Edgard. *A república liberal - II (Evolução política)*. São Paulo: Difel, 1985. 257 p.
- CONTADOR, Cláudio R. & HADDAD, Cláudio L. S. "Produto real, moeda e preços: a experiência brasileira no período 1861-1970". In *Revista Brasileira de Estatística*. Rio de Janeiro, IBGE, jul./set. 1975, **143**: 407-45.
- FIBGE. *Anuário Estatístico do Brasil*. Rio de Janeiro. Vários anos.
- FIBGE. *Estatísticas históricas do Brasil: séries econômicas, demográficas e sociais de 1550 a 1988*. 2ª. ed. revista e atualizada do vol. 3 de Séries estatísticas retrospectivas. Rio de Janeiro, IBGE, 1990. 642 p.
- LUZ, Madel Terezinha. *Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)*. Rio de Janeiro: Graal, 1982. 218 p.
- McGREEVEY, William Paul et alii. *Política e financiamento do sistema de saúde brasileiro: uma perspectiva internacional*. Brasília: IPEA/IPLAN, 1984. 200 p.

- MELLO, Carlos Gentile de. *Saúde e assistência médica no Brasil*. São Paulo: CEBES-Hucitec, 1977. 269 p.
- MERHY, Emerson Elias. *O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo*. 2ª. ed. Campinas: Papirus, 1987. 116 p.
- PINOTTI, Mário. *Vida e morte do brasileiro: saúde e doença do Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1959. 164 p.
- POSSAS, Cristina de Albuquerque. *Saúde e trabalho, a crise da previdência social*. Rio de Janeiro: Graal, 1981. 324 p.
- VIANNA, Maria Lúcia T. Werneck & SILVA, Beatriz Azeredo da. "Interpretação e avaliação da política social no Brasil: uma bibliografia comentada". In MPAS/CEPAL. *A política social em tempo de crise: articulação institucional e descentralização*. Brasília, 1989, vol. III, pp. 109-275.

O GASTO PÚBLICO COM SAÚDE NO PERÍODO DESENVOLVIMENTISTA
PUBLIC EXPENDITURES WITH HEALTH IN THE DEVELOPMENTALISM PERIOD

Julio Manuel Pires¹²

Resumo

O intuito deste artigo é examinar o debate concernente à relação saúde/desenvolvimento econômico durante o período 1930-64. Intentamos demonstrar que a hegemonia das idéias desenvolvimentistas, sobretudo a partir da década de 1950, implicou em mudança significativa no discurso atinente ao gasto público com saúde, com reflexos diretos no tocante aos recursos alocados para esta área.

Abstract

The aim of this article is to examine the debate concerning the health/economic development relation in the course of 1930-64. We intend to show that, specially from the 1950's, the hegemony of the developmentalism ideas implicated in significative change in the discourse regarding the health public expenses, which reflected directly in the managed resources to this area.

Palavras-chave

Saúde, Populismo, Dispêndio Público, Desenvolvimentismo, Política Social

Key-words

Health, Populism, Public Expenditure, Developmentalism, Social Policy

Classificação JEL: I18, N36, H51

12. Professor do Departamento de Economia e do Programa de Estudos Pós-Graduados em Economia Política da PUC-SP e do Departamento de Economia da FEA-RP/USP.