A MEDICINA DE GRUPO E O COMPLEXO MÉDICO-INDUSTRIAL

HÉSIO CORDEIRO*

O assunto que eu queria propor aqui para uma discussão informal com todos é relativo a outra visão do sistema de saúde — não enquanto uma visão sistêmica, mas sim enquanto articulação complexa de diferentes setores que funcionam com determinadas características e com isso adquirem, digamos, certas funções políticas, econômicas e sociais. Pretendemos discutir os componentes desse complexo médico-industrial que tem como característica comum um processo crescente de privatização, que nós temos preferido chamar de um processo crescente de capitalização. O primeiro fenômeno que precisa ser estudado é o processo de capitalização que representa um aspecto particular de um processo mais vasto, mais difuso, de capitalização do setor serviços. A capitalização da assistência médica, da formação de recursos humanos em saúde, as relações com a indústria farmacêutica e com indústria de equipamentos médicos, isso tudo traduz um processo mais ou menos novo de transformação empresarial da saúde, como uma dimensão da capitalização dos serviços. Esses quatro componentes: o cuidado de saúde, a formação do pessoal de saúde, a produção de equipamentos e de medicamentos constituem o complexo médico-industrial cuja articulação entre seus quatro componentes se dá através do Estado e de suas políticas sociais.

Nossa suposição é a de que existe uma forma particular de organização do sistema de saúde que tem, como um de seus determinantes de transformação, de aprofundamento desse processo de capitalização, as políticas sociais do Estado. Isto se dá tanto em relação à assistência médica propriamente dita, como em relação à política de previdência social, à política de saneamento básico, representada aqui pelo Plano Nacional de Saneamento (Planasa), pela própria política de medicamentos, através da Central de Medicamentos (Ceme) e pela política de nutrição, através do Pronan. Falta ainda um outro programa bastante importante, que é o do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). São pelo menos cinco políticas sociais no painel de políticas públicas que, de uma forma ou de outra, e dentro de suas especificidades, impulsionam o processo de capitalização.

Vou apenas analisar o componente assistência médica e, particularmente, uma de suas modalidades. A medicina de grupo foi descrita por Cecília Donnangelo em 1972 como sendo aquela modalidade assistencial mais tipicamente capitalista por incorporar não apenas o trabalho médico assalariado, mas também o dos diferentes profissionais de saúde. É aquela modalidade em que o trabalhador de saúde não detém mais a posse e a propriedade de seus meios de trabalho. A clientela não será subordinada tampouco ao controle do traba-

* Professor no Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). (Endereço do autor: Rua Guaiaquil, 265 — Cachambi — 20780 — Rio de Janeiro, RJ.)

lhador de saúde, e a fixação do preço da consulta, do atendimento etc. não depende do profissional de saúde. Existe uma separação entre o objeto da intervenção médica, ou seja, a clientela, os meios de trabalho e os agentes desse processo de trabalho. Este seria o ângulo de uma tentativa de tipificar as transformações empresariais de cunho capitalista no setor dos serviços de saúde.

O que é interessante analisar é que, embora a medicina de grupo apareça como o setor mais tipicamente capitalista, não é o mais importante. Nem sob o ponto de vista econômico, propriamente dito, nem sob o ponto de vista do número de atendimentos, do volume das prestações. Tem, de certa forma, um peso político. Embora seja o mais tipicamente capitalista, não é necessariamente aquele que domina o complexo médico-industrial no setor de atendimentos médicos.

Por quê? Porque esse setor, medicina de grupo, se articula com as outras modalidades assistenciais, conhecidas de todos: os hospitais particulares de cunho lucrativo e não-lucrativo, as cooperativas médicas, o setor de médicos autônomos ou semi-autônomos, levando progressivamente o assalariado a perder essa característica de autonomia. Já em 1972 Cecília Donnangelo apontava a tendência do assalariamento médico e mais recentemente, em estudo feito pelo Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, também indicou que os médicos autônomos típicos são, praticamente, residuais — apenas 2 ou 3% têm uma prática estritamente autônoma. Os médicos mais jovens têm uma prática autônoma que na maioria das vezes corresponde a 10% do tempo semanal de trabalho. Um corte transversal na realidade médico-assistencial daria uma imagem de diferentes tipos de serviços, todos eles de uma certa forma aparentemente desconectados. Se fizermos não um corte transversal, mas um corte longitudinal, histórico, poderemos verificar que, na realidade, essas várias modalidades assistenciais correspondem a diversos momentos históricos do aprofundamento das relações capitalistas no setor de serviços de saúde. O setor pré-capitalista, em se tratando de assistência médica, seria constituído pelos hospitais particulares de cunho filantrópico, religiosos, desde as Santas Casas (e a primeira Santa Casa, eu creio foi a de Santos, em 1534, se não estou equivocado). Num corte histórico, vamos surpreender o surgimento dessas modalidades assistenciais. Esse é o tipo de pesquisa que valeria a pena ser realizado, já que ainda não foi muito esmiuçado.

De uma forma muito grosseira, podemos sentir que, em termos de capacidade instalada de leitos hospitalares, há um movimento que tende a diminuir progressivamente seu número nos hospitais filantrópicos, de cunho religioso ou de mutualidades e a aumentar progressivamente, nas instituições particulares, de caráter lucrativo. Em torno dos anos 50 já se manifesta claramente a maior participação do setor privado, lucrativo. O que significa isso? Algumas dessas instituições vão-se tornando privadas, lucrativas e outras ainda mantêm o seu caráter filantrópico estritamente sob o ponto de vista jurídico; sob o ponto de vista econômico, porém, elas já se comportam como empresas. Ainda que não exista uma apropriação privada de lucros aí produzidos, originados numa entidade filantrópica, há outras formas de remuneração e que representam um tipo disfarçado ou embutido de repartição de lucros produzidos nesse setor.

É prática comum que hospitais particulares, lucrativos ou filantrópicos alberguem, no seu interior, médicos em caráter, digamos, semi-autônomo. São médicos que não dispõem da propriedade nem da posse de seus instrumentos de trabalho; valem-se dos instrumentos de trabalho dos hospitais onde estão credenciados, mantendo, porém, certas características de autonomia de sua prática. Por exemplo, desvinculam a sua remuneração da conta do hospital. São

mecanismos de remuneração diferentes: eles não são funcionários daquele hospital, são médicos acreditados para prestar atendimento naquela unidade. Isso representa uma espécie de reatualização da prática autônoma, que evidentemente não comporta absorver todos os médicos. Alguns subsistem, outros vão-se tornando assalariados.

Em se tratando de medicina de grupo, a forma que seria a mais tipicamente capitalista vai ter suas origens em torno de 1957, quando surge em São Paulo um primeiro grupo médico constituído de profissionais que trabalham no campo da medicina do trabalho, prestando atendimento a empresas. Naquele momento, ainda sob a ideologia da reatualização do trabalho autônomo, tentou-se estabelecer uma forma para que médicos, trabalhando juntos, mantivessem certas características da prática autônoma.

Essa característica de reatualização da prática autônoma modifica-se aos poucos quando a medicina de grupo cresce, a partir de 1964. Nessa época, à raiz do golpe militar, há uma intervenção nos vários institutos de previdência social e o interventor do IAPI, instituto que tradicionalmente tinha optado pela prestação de serviços de saúde por compra a terceiros, entusiasta da medicina de grupo, propõe que essa modalidade seja incorporada às modalidades assistenciais previdenciárias através de uma forma de convênio entre o IAPI e a medicina de grupo em São Paulo.

O que quer dizer IAPI? Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários. Os técnicos da previdência social defendiam que, naquele momento, em 1964, era preciso atender de uma forma muito rápida à demanda que aumentava, que se caracterizava como uma demanda explosiva, na região industrial de São Paulo — a região do ABC paulista. Nesse momento é que se instala o primeiro convênio oficializado, formalizado, através do IAPI. A verdade é que esses convênios já eram práticas habituais nos institutos de aposentadorias e pensões, porém com outra característica. O primeiro convênio, na realidade, também foi firmado com o Sindicato dos Metalúrgicos de São Paulo, extremamente forte, que é, inclusive, proprietário de um hospital. Os primeiros convênios não foram feitos com as empresas, mas com os sindicatos — particularmente o Sindicato dos Metalúrgicos, que estava em grave dificuldade financeira para manter o atendimento de seus filiados.

A assistência médica funcionava como uma espécie de regulador do número de filiados aos sindicatos, quer dizer, os sindicatos iam assumindo tarefas assistenciais. Ora, em 1964, vai-se definir um outro movimento: o de transferência desses convênios dos sindicatos para o âmbito dos primeiros grupos médicos que surgiam em São Paulo, principalmente o do presidente do conselho médico da previdência social, na época, também interventor, em 1964, Dr. Tomás Russel Raposo, que tinha sido o criador do primeiro grupo médico, e era, evidentemente, um entusiasta dessa modalidade. Foi a partir da articulação entre o setor médico empresarial, representado pelos grupos médicos, com a burocracia previdenciária, que se estabeleceu o elo burocrático entre o segmento do setor empresarial e o segmento da burocracia previdenciária, permitindo implantar a política de convênios, através da medicina de grupo. É uma estória muito longa, que não pode ser contada rapidamente pois há várias mudanças no período de 1964-74, alguns momentos em que a política previdenciária vai privilegiar, ampliar, modernizar alguns hospitais próprios e outros momentos em que isso reflui. Há também — como diriam os ideólogos do sistema — sístoles e diástoles na política previdenciária, quer dizer, momentos de maior impulsão, no sentido da privatização e certos momentos de retração. A verdade é que, em 1974, com o plano de pronta ação com que a previdência social

pretende ampliar intensamente a cobertura da população previdenciária nos grandes centros urbanos, adota-se uma política agressiva de credenciamentos dos setores autônomos e de convênios com empresas, onde intervém a medicina de grupo.

Como uma espécie de resistência ao surgimento desse processo de capitalização através das medicinas de grupos, alguns setores associados ou vinculados a sindicatos médicos — particularmente em Santos e em São Paulo — propõem uma forma de organização de cooperativas médicas que congregariam os médicos autônomos dirigidos por um órgão gestor qualquer que se encarregaria, ao fim do ano, de repartir o que eles chamam de "as sobras da cooperativa". Os lucros seriam repartidos ao fim de um ano entre os vários médicos associados à cooperativa, de acordo com a sua produtividade. E, ao fim dessa longa estória, já nos anos recentes, a realidade é que as cooperativas médicas e a medicina de grupo, ainda que sob o ponto de vista das relações de trabalho possam ser diferentes, levam ao assalariamento maciço dos profissionais, de forma direta ou indireta.

Tanto as cooperativas quanto as medicinas de grupo vão adotar o convênio-empresa, pelo qual uma firma contrata serviços por um sistema de pré-pagamento, intermediada pela previdência social ao homologar o convênio. O convênio-empresa poderá ser feito tanto pela empresa médica típica, quanto pela cooperativa médica. A diferença está nas formas das relações sociais que se estabelecem entre os vários agentes que intervêm no processo de produção. Sob o ponto de vista do financiamento têm a mesma característica, e sob o ponto de vista do atendimento passam a ter função idêntica.

A medicina de grupo quase funciona — isso nós vimos no estudo empírico no Rio de Janeiro — como uma espécie de gestora do fluxo de pacientes. Ao contrário do que poderíamos supor, a medicina de grupo, embora seja empresa tipicamente capitalista, não é aquela que incorporou, de uma forma mais acentuada, a tecnologia médica. Não foi o setor médico-assistencial, que dispõe de tecnologia mais sofisticada, que fez investimentos maiores no setor da tecnologia material. A medicina de grupo presta, fundamentalmente, um atendimento primário, de cunho sintomático, próximo às empresas ou nos locais de moradia das famílias do pessoal coberto. E, esse atendimento, de caráter primário, está orientado para a reposição da força de trabalho, para certo enquadramento desse contingente no processo de trabalho, tentando reduzir os níveis de absenteísmo e selecionar a mão-de-obra que se deve apresentar, cada dia, no seu local de trabalho.

A medicina de grupo está prestando um cuidado primário de reposição, digamos, de controle, de enquadramento, de seleção dessa força de trabalho dentro de uma certa política de aumento do rendimento, aumento da produtividade da empresa. Ela não vai realizar, entretanto, investimentos pesados no sentido de garantir assistência médica a toda e qualquer patologia. O que é que faz então? Mantém uma rede de convênios e contratos com os outros segmentos do complexo médico-empresarial. Os grupos médicos estabelecem convênios e contratos com outros hospitais particulares. Transferidos os pacientes para esses hospitais particulares, pagam o atendimento por prestação de ato médico, já não mais por pré-pagamento, que é a forma pela qual se relacionam com as firmas que contrataram os serviços, ou então se relacionam com médicos autônomos que, em geral, são especialistas, médicos de referência, ou médicos para atender a camadas superiores de funcionários — gerentes e pessoal de alto nível da firma.

Os grupos médicos valem-se, também, dos próprios hospitais estatais no momento em que surge uma patologia de grande risco, uma cirurgia de grande porte ou uma tuberculose ou doença mental. Transferem, então, o paciente para um outro setor, para um outro segmento do complexo médico-empresarial. O que procuramos distinguir foi uma espécie de divisão social e técnica do trabalho, nestes diferentes segmentos, quer dizer: onde cada segmento se especializa num certo conjunto de atividades, diferencia-se no sentido de incorporar uma dada tecnologia para atender a certos tipos de clientela e prestar tipos particulares de atendimento. Os cuidados mais imediatos estão a cargo da medicina de grupo, e os cuidados especializados são prestados por esses outros segmentos.

A medicina de grupo gerencia o fluxo de pacientes, através desse complexo. Aí estaria uma estratégia importante da lucratividade dessas empresas. Elas vão controlar o fluxo de acordo com o valor recebido em relação ao seu sistema de pré-pagamento; não podem receber por pré-pagamento e pagar por unidade de serviço a outras instituições. Há um certo limite. Por isso a medicina de grupo controla o número de exames complementares que ela própria vai fazer, ou contrata terceiros. Esse processo de gerenciamento da assistência médica vai ser a função cumprida pelos grupos médicos.

No caso do Rio de Janeiro, em termos assistenciais, os convênios-empresa e, particularmente, os convênios através dos grupos médicos não chegam propriamente a assumir a hegemonia do conjunto de prestações em relação ao movimento ambulatorial. Até o ano de 1977, 17% dos atendimentos ambulatoriais foram devidos a convênios-empresa e prestados principalmente por grupos médicos e uma pequena parte por cooperativas médicas, enquanto 69% dependeram do setor próprio e 13% do setor contratado por unidades de serviço. Isso em relação ao Estado do Rio, que tem uma situação muito peculiar, onde a rede de assistência estatal é muito grande, ou seja, onde o número de hospitais e ambulatórios próprios da previdência social — hospitais estaduais, municipais, a rede ambulatorial — é bastante amplo. Tratando do país como um todo, a previdência social produz em torno de 180 milhões de consultas; o setor contratado participa com 20 milhões, pouco mais que 10%. Em São Paulo o setor atendido por convênio-empresa já é da ordem de 35%, enquanto no Rio de Janeiro é de 17%.

É interessante observar como o atendimento se foi especializando dentro desse complexo médico-empresarial. No Rio de Janeiro, que tipo de atendimento, que setores, que serviços foram aqueles de que mais as empresas médicas se valeram para crescer? Considerando-se as chamadas clínicas básicas (clínica médica, cirurgia geral, obstetrícia e pediatria), os serviços cresceram cerca de 30% num período de três anos. O setor que mais cresceu foi aquele sob convênio: cresceu 136%; o setor que menos cresceu foi o setor próprio, com 2,8%.

Confirma-se a hipótese de que a medicina de grupo se especializa em um tipo de atendimento primário à mão-de-obra assalariada, crescendo também em algumas especialidades, como no setor de traumato-ortopedia (436%), devido à transferência dos atendimentos de acidente de trabalho para o âmbito do convênio-empresa.

Cristina Possas[1] mostrou a importância deste fato porque, se o acidente não implica o afastamento do operário acidentado por mais de 15 dias, a empresa

[1] Possas, Cristina. *Saúde e trabalho — a crise da previdência social*. Rio de Janeiro, Graal, 1981.

não precisa notificá-lo. Isso provocou uma extraordinária queda das taxas de incidência de acidentes no país, que de início ninguém conseguia explicar; posteriormente é que se concluiu que era um problema de notificação, quer dizer, houve uma queda aparente de acidentes, que havia subido muito em torno dos anos 72, 73, 74, e depois caíra. Paradoxalmente aumentou a gravidade dos acidentes notificados, porque eram aqueles que implicavam um maior tempo de afastamento. Não foi decorrência de uma política de prevenção de acidentes de trabalho, mas sim de uma mudança no critério de notificação. Isto explica o crescimento do atendimento em traumato-ortopedia, enquanto que o setor próprio crescia muito pouco, cerca de 15%.

Esta tendência revela que o atendimento da medicina de grupo é orientado, de imediato, para o trabalhador acidentado, no sentido de repô-lo o mais rapidamente possível no processo de trabalho, ainda que persistam, na fábrica, as condições que estão determinando a ocorrência dos acidentes.

Nós tivemos interesse em analisar a história institucional dos grupos médicos do Rio de Janeiro, bem como as características da incorporação de tecnologias nesse setor. Por exemplo, tínhamos interesse em estudar aquilo de que dispúnhamos, em termos de hospitais, ambulatórios e serviços complementares. A capacidade instalada de hospitais próprios das quatro maiores empresas correspondia a 35% dos leitos hospitalares; os outros 65% estavam distribuídos em todas as outras, que são 13, de um total de 17 empresas. A metade dos consultórios pertence a essas quatro maiores empresas. E, curiosamente, e de uma forma até bastante assustadora, os próprios serviços complementares como raios X e laboratório clínico estão localizados nas quatro maiores empresas que detinham, respectivamente, 52 e 67% da capacidade instalada.

A maior parte das empresas de medicina de grupo não dispõe de instalações próprias para a realização de exames complementares. Não faz grandes investimentos no sentido de dispor de métodos complementares de diagnóstico e de tratamento, mesmo aqueles pouco sofisticados.

Em relação à propriedade de hospitais, o que nós vimos foi que a origem da medicina de grupo no Rio de Janeiro estava muito vinculada à possibilidade que um certo conjunto de médicos teve de se valer de hospitais já existentes. Eram médicos que trabalhavam em hospitais filantrópicos ou de mutualidade — é o caso do Hospital dos Italianos, aqui no Rio, onde, utilizando-se a capacidade instalada ociosa dessa entidade filantrópica e mutualista, foi criada uma medicina de grupo.

Outra forma utilizada foi a associação de um conjunto de médicos que, valendo-se de suas próprias clínicas, geralmente pequenas, com alguns poucos leitos e alguns consultórios, associaram-se a um hospital particular e constituíram uma medicina de grupo. Esse foi o caso da Rio-Clínicas, que reuniu 120 médicos que praticavam a medicina em bases autônomas. Os 120 médicos transformaram-se em sócios-proprietários dessa empresa, vincularam-na a um hospital particular e criaram uma espécie de entidade mantenedora de caráter não-lucrativo, que dirige a medicina de grupo.

Outros grupos, ainda, utilizaram-se de pequenas clínicas particulares, quase falidas, e que os médicos tomaram como ponto de partida.

Uma quarta modalidade, mais tipicamente capitalista, foi o surgimento de uma medicina de grupo — no caso do Rio de Janeiro é a Ebam — acoplada a uma companhia de seguros de saúde — a Senasa. Como a legislação impede que as companhias de seguros prestem atendimento, originou-se um grupo médico como entidade jurídica independente para a prestação de serviços, fazendo

parte de um conglomerado de saúde. Esboçou-se, neste caso, a articulação entre capital financeiro (seguro-saúde) e capital comercial, ou seja, prestação de serviços. Essas várias modalidades de constituição de grupos médicos no Rio de Janeiro explicam o fato de as medicinas de grupos não disporem de uma grande capacidade hospitalar instalada.

Quanto à incorporação de mão-de-obra, verificamos que os grupos médicos dispõem de cerca de 47% de médicos como assalariados. O tipo de trabalhador de que se utilizam e que poderíamos chamar de trabalhador coletivo de saúde é constituído, basicamente, pelo atendente ou auxiliar, pelo médico e pelo funcionário administrativo.

O funcionário administrativo é quem faz a gestão, a contabilidade; o atendente marca a consulta e faz o trabalho burocrático relacionado com o atendimento; o médico presta o atendimento propriamente dito. Estavam contratados pelos grupos médicos 658 auxiliares de enfermagem ou atendentes; 766 funcionários administrativos e 732 médicos assalariados, uma relação muito próxima de 1 para 1. Em relação a enfermeiros, são muito poucos os contratados, praticamente só para cumprir uma formalidade legal e para que dêem o mínimo de supervisão ao atendimento de enfermagem.

Em relação à clientela atendida, as medicinas de grupo e as cooperativas, isto é, os serviços que atuam com o convênio-empresa cobrem um grupo populacional muito semelhante à população economicamente ativa do Rio de Janeiro.

As empresas médicas estão atendendo ao setor industrial e a cerca de 47% dos funcionários de empresas de seguro e crédito de empresas de comércio e de outros serviços, envolvendo uma gama bastante grande da força de trabalho. O único setor que participa em maior proporção, em relação à composição da PEA, é aquele ligado ao setor bancário e financeiro. Isso é fácil de entender, dado que as medicinas de grupo, funcionando como sistemas de pré-pagamento, têm uma seletividade de sua clientela, preferindo aquela de maior renda, mais qualificada, mais jovem, portanto, mais hígida e menos exposta a riscos.

Devemos analisar, em seguida, o processo de oligopolização do mercado de saúde no Rio, relacionado com o convênio-empresa. As quatro maiores firmas, em todos os segmentos, detêm mais de 60% da clientela. Todos os setores estão altamente concentrados. As medicinas de grupo competem pela pequena fatia do mercado representada por setores específicos como o de serviços de consultoria, engenharia e outros serviços, constituídos por firmas pequenas. Para uma medicina de grupo que está começando seria muito difícil bancar um sistema de atendimento muito disperso e complexo para ser administrado. As grandes medicinas de grupo também atendem às pequenas empresas, atuando, portanto, em todos os setores. As medicinas de grupo menores estão atendendo, em geral, a firmas que possuem entre 100 e 500 empregados.

A expansão dos convênios-empresa e crescimento dos grupos médicos tendem a aumentar. É o setor que mais cresceu, tanto no Rio quanto em São Paulo, e esse crescimento quase que acompanha o dos pólos de desenvolvimento. Sob o ponto de vista estritamente econômico, sob o ponto de vista da estrutura de gastos da previdência social, em 1981 o setor de convênios ainda era um setor insignificante, correspondente a cerca de 3,5% dos gastos da previdência social. Se consideramos os convênios em geral, incluindo medicina de grupo, cooperativas, convênios com sindicatos, convênios com universidades, esse total chega hoje a 6,9%, enquanto o setor contratado (hospitais particulares por unidades de serviço) corresponde a 56%, sendo ainda o maior

setor em termos de estrutura de gastos. O setor próprio corresponde só a 18,5%. (Esses dados são do documento do Conasp de maio de 1981.)

Embora as empresas médicas constituam o setor mais tipicamente capitalista, não têm um grande peso no total de prestações médicas previdenciárias. Há uma espécie de defasagem entre a sua caracterização, sob o ponto de vista das relações sociais de prestação, e o seu peso, no conjunto do complexo médico empresarial. É interessante ver qual é a tendência desse movimento. Em alguns documentos que circulam por aí menciona-se a progressiva extinção do pagamento por unidades de serviço, esboçando-se o reconhecimento, inclusive pela burocracia previdenciária, dos inconvenientes dos pagamentos por unidades de serviço.

É interessante notar que no setor dos hospitais, representados pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH), o grupo de empresários modernos esboça a aceitação da proposta de substituição do pagamento de unidades de serviço pelo sistema do convênio-empresa, como forma de pré-pagamento. Isso interessa à previdência social por permitir a aplicação, no caso dos gastos com a assistência médica, dos critérios atuariais para predizer, com maior exatidão, o total de gastos anuais com assistência médica. Sob o ponto de vista das instituições, seria uma espécie de adiantamento do capital a ser investido para ser despendido na prestação do serviço. Dado que as unidades de serviço estimulam toda uma série de práticas corruptoras, por não terem sido atualizadas nos níveis da inflação, e, além disso, serem pagas com atraso, surgem preocupações na reforma do sistema, a partir da posição desses segmentos empresariais modernos da FBH, nas bases defendidas há muito tempo pela medicina de grupo, ou seja, pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge). Se esta tendência prevalecer e se for mantido o processo de empresariamento, poderíamos supor uma progressiva fusão entre o setor hospitalar privado e as medicinas de grupo, completando-se o processo de oligopolização do complexo médico-empresarial. Esse processo de capitalização é *sui generis*, pois, dependendo da existência de uma clientela cativa, — uma espécie de reserva de mercado para o setor médico-empresarial (a clientela previdenciária) — o processo torna-se muito dependente do tipo de política social desenvolvido.

O grupo de médicos incorpora baixa tecnologia, não faz grandes investimentos para ampliar sua rede hospitalar, seus recursos laboratoriais etc., tornando-se dependente de um outro setor que poderia articular os vários segmentos e ao qual, grosseiramente, poderíamos chamar de capital financeiro: as companhias de seguros, inclusive a nível internacional. Isso levaria à internacionalização do complexo médico-empresarial e, através de investimentos pesados, formar-se-iam os conglomerados. Assim, unificar-se-ia o setor, que ainda é extremamente heterogêneo, extremamente fragmentado. Essa tendência poderia ser denominada "capitalização radical dos serviços de saúde".

Outra tendência seria aquela que se esboça tanto nas políticas de oposição, quanto em alguns segmentos da burocracia previdenciária, de fortalecimento de serviços públicos, de ampliação de uma rede de saúde convivendo, porém, com esse setor empresarial. Se houver um movimento de capitalização radical do setor saúde unificado por um capital financeiro, adotando como modalidade assistencial a medicina de grupo, aí sim, estaríamos frente a um forte complexo médico-empresarial capitalista.

Estão aí algumas reflexões para que pensemos um pouco, para tirar o sono, talvez.

Carlos Gentile — O Hésio, como sempre, trouxe uma soma grande de informações e, evidentemente, não poderia dizer tudo, mas acho absolutamente indispensável caracterizar alguns aspectos tratados por ele. O primeiro refere-se à informação de que os gastos com os convênios-empresa são cobertos em 1/3 pela previdência social e em 2/3 pelas empresas empregadoras.

Isso significa que somente as empresas empregadoras de grande porte ou as que tenham realmente alta lucratividade ou produtividade razoável podem contratar a medicina de grupo; significa que há uma seletividade. Assim, se analisarmos a população atendida pela medicina de grupo, em comparação com a população previdenciária, de modo geral, verificaremos que o salário médio, o nível de vida e o nível de renda da população atendida pela medicina de grupo são maiores do que os da não-atendida. Portanto, esse idéia de que a medicina de grupo vai se ampliar e se universalizar é, evidentemente, fora de propósito, em minha opinião.

Há uma coisa que me parece importante salientar: não foi por acaso que o convênio-empresa inaugurou-se em São Paulo, em 1964, com uma multinacional, cujo interesse básico era controlar ou diminuir o absenteísmo — o número de faltas por doenças — através da medicina de grupo. Os empresários, muitos empresários, ainda partem do pressuposto, ainda acreditam ingenuamente (não sei se ingenuamente, porque empresário não é ingênuo) que o absenteísmo é decorrência de um controle maior dos médicos sobre os empregados; que o absenteísmo diminui à medida que aumenta o policiamento do médico. Na verdade, hoje está comprovado que o absenteísmo depende de uma série de fatores, sobretudo da maneira como a empresa trata seu empregado. Há, inclusive, alguns estudos comprovando que em determinadas áreas as empresas que têm menor índice de absenteísmo são aquelas que nem exigem que seu empregado justifique sua falta com atestado médico.

Há um detalhe que foi comentado de passagem, mas que eu gostaria que o Hésio lembrasse que é importante: a tuberculose não é responsabilidade da medicina de grupo.

Sabe-se — e foi dito muito de passagem — que a medicina de grupo não assume a responsabilidade de nenhum dos chamados "procedimentos de alto custo", ou seja: implantes, transplantes, cirurgia cardiovascular, enfim, qualquer "risco catastrófico". Isso não é responsabilidade da medicina de grupo; isso é para o Inamps tomar conta. E a tuberculose... por que a tuberculose? Esse é até um elemento histórico da maior importância. Todo mundo — principalmente os empresários da medicina de grupo — diz: "nós tratamos os clientes com muito mais cuidado, com muito mais carinho. Nós temos em nosso ambulatório um grau de eficácia muito maior que em qualquer outra área." Por que a tuberculose fica de fora?

Quando a medicina de grupo começou a funcionar, a tuberculose era responsabilidade da medicina de grupo até 180 dias de tratamento; daí em diante, passava automaticamente para a responsabilidade da previdência social, do Inamps — naquele tempo, previdência social. Com o tempo, os técnicos, os especialistas da previdência social verificaram que era mais conveniente que o problema passasse integralmente para a previdência social. Por quê? Porque durante os 180 dias de responsabilidade da medicina de grupo, os pacientes eram tratados com tal descaso, tão mal-orientados em seu tratamento, apesar da propaganda em contrário, que chegavam quase sistematicamente resistentes às drogas de primeira linha e o tratamento, a partir daí, ficaria muito mais caro. Isso é um dado muito importante para mostrar que a excelência da medicina de grupo não chega exatamente até o ponto que se tem propalado.

Uma outra coisa que deve ser mencionada. Eu acho que valia a pena repisar sempre este ponto: é a diferença entre o médico liberal e o médico autônomo. O médico liberal da época em que me formei, quando fazia seu diagnóstico e suas indicações, além de estar condicionado por fatores de natureza técnica, era conduzido por fatores de natureza extratécnica, o que ainda hoje acontece. Para sua sobrevivência e de sua clínica, o médico liberal dependia — e ainda depende, em última análise — da confiança que os clientes, os conhecidos, os colegas têm no seu procedimento de natureza técnica, de maneira que os desvios de natureza ética, no sentido de aproveitar ou de ganhar mais, podem condicioná-lo a um desastre total.

Os Conselhos Regionais de Medicina nasceram aqui, no Brasil, em 1957, quando a medicina já existia desde 1808. As faculdades de medicina aqui estavam completando 150 anos. Já o médico autônomo não é condicionado ao fator confiança porque sua sobrevivência não depende disso. Há, então, uma diferença fundamental entre o médico liberal típico, clássico, e o médico autônomo, quando trabalha em medicina de grupo, quando trabalha em unidade de serviço, porque sua sobrevivência não depende disso. Bem, essas são as provocações preliminares que eu gostaria de fazer.

Mario Hamilton — Eu só queria comentar o seguinte: tive acesso a um artigo que saiu na revista *Vida Hospitalar,* que todos devem conhecer, que faz um estudo sobre hospitais em São Paulo. Quem faz a análise é Aloísio Fernandes. O artigo está cheio de tabelas, de detalhes financeiros de produtividade, enfim, é uma análise contábil. Fala do processo, do controle de gestão que permitiu que durante 10 anos crescesse tanto aquele complexo até chegar a 40 hospitais. O que fica claro com todas essas tabelas é que o paciente que deu mais lucro, dentro dessa lógica, foi fatalmente aquele que estava dentro da medicina de grupo. Quando se analisam as tabelas, chega-se ainda a uma série de conclusões: até que ponto faltar ao trabalho dá lucro, e em que margem? Ou, quanto ao atendimento ambulatorial, também em que circunstâncias é lucrativo? Acho que a falha — não sei se é falha, você me corrigirá — dessa medicina de grupo é que ela se mantém em setores díspares, se a política da previdência não muda. Essa questão decorre da incerteza a respeito dos investimentos na ampliação da medicina de grupo, se não se sabe se essa política vai continuar.

Hésio Cordeiro — Em primeiro lugar vamos discutir as questões do Dr. Gentile, para explicar o pequeno crescimento da medicina de grupo nos últimos anos. As empresas têm um problema de reposição, de controle da mão-de-obra representada pelo operário especializado. Devem ser indústrias dinâmicas, com um operariado de certo nível técnico, ou seja, de difícil reposição e, ter uma margem de lucro que lhes permita esses 2/3 do atendimento da medicina de grupo. A impressão que eu tenho, discutindo o possível crescimento da medicina de grupo, é que o grupo cresce diferencialmente em São Paulo porque lá se concentram indústrias mais dinâmicas, e a força de trabalho especializada.

Naquelas empresas que se estão ampliando, ou seja, empresas de construção civil, se não há interesse na reposição da mão-de-obra não-especializada e se a margem de lucro não justifica, o empresário não adota o convênio-empresa. Fica muito difícil pensar que a medicina de grupo vai prosseguir crescendo no mesmo ritmo. Ela chegou a ocupar todo o espaço de mercado disponível em função do seu porte empresarial.

Sonia Maria Fleury Teixeira — Continuando na linha que o Mario estava analisando, eu acho que se liberassem hoje os convênios-empresa dentro da

previdência, talvez eles ainda crescessem alguma coisa porque, como houve uma contenção muito grande na política do ministério, determinada pelo ministro anterior, muitas empresas fizeram convênios diretamente com a empresa médica, sem intervenção da previdência. Assim, embora apenas 7% da população sejam assistidos pelo convênio na previdência, esse dado vai a 12% quando se considera que há convênios sem participação da previdência, porque houve uma contenção.

Tenho dúvidas a respeito de uma certa postura evolucionista que vê um contínuo entre os hospitais de caridade, passando pelo setor público, hospitais privados, até chegar à forma capitalista mais avançada que seria a medicina de grupo.

Eu não concordo com esta posição e acredito que a medicina de grupo não vá expandir-se demasiadamente.

Hésio Cordeiro — Tomando esse último aspecto, essa não-linearidade é demonstrada empiricamente no caso do Rio de Janeiro. As medicinas de grupo surgem ora acopladas a hospitais que já são empresa, ou nascem como um conjunto de médicos autônomos, que se reúnem para constituir uma medicina de grupo, ou vinculada a um hospital de mutualidade, como o Hospital dos Italianos, a partir do qual se organizou a medicina de grupo.

Não há essa linearidade do mais atrasado para o mais avançado. O que há é um processo heterogêneo, desigual, por saltos, e que não segue uma tendência econômica. Acho que é interessante, em relação à questão da clientela atendida, comentar a impressão de uma pesquisadora que trabalhou com medicina de grupo em São Paulo, a Regina Giffoni, que entendia que a medicina de grupo atendia quase que exclusivamente uma parcela do setor industrial de ponta. É verdade que o setor industrial de ponta é o setor ali mais atendido. Num certo momento se considerou a medicina de grupo como o tipo de atendimento quase que particular, específico, característico do setor industrial de ponta, ligada às condições de reprodução da força de trabalho. A realidade não é bem assim; o setor de serviços e o setor industrial estão quase que igualmente representados, particularmente na situação do Rio de Janeiro, onde o setor de serviços é maior que o industrial. A mão-de-obra empregada no setor terciário do Rio de Janeiro é maior que a empregada no setor secundário.

Embora as grandes empresas sejam aquelas que fazem convênios, notamos, no caso do Rio — em São Paulo eu não sei — que também as pequenas firmas de consultoria, o pequeno comércio, firmas com dois ou três empregados, fazem convênio com medicinas de grupo. Essas empresas não têm lucratividade grande. É oneroso para elas terem tantos mecanismos gerenciais, de preenchimento de formulários, de controle do próprio sistema de convênio. Para essas firmas de baixa lucratividade, os grupos médicos fazem, inclusive, planos especiais, a preços mais acessíveis — quase que para marcar ou demarcar a presença dessas medicinas de grupo. Por isso, só as quatro maiores medicinas de grupo fazem convênios também com as pequenas firmas. As pequenas firmas só entram nisso se tiverem condições muito favoráveis de pagamento do convênio. Então, as medicinas de grupos fazem preços especiais, diminuem as suas taxas de lucro. Os convênios cumprem uma outra função de atendimento, pois permitem que as firmas dêem, de imediato, assistência, a seus funcionários. A população atendida fica numa encruzilhada, porque o atendimento da previdência social é demorado, insatisfatório etc.

Todas elas, porém, são firmas de serviços, onde geralmente as pessoas recebem salários altos, são firmas de consultoria. O escritório técnico de arquite-

tura que tem, por exemplo, 10 funcionários, faz convênio. É uma pequena empresa, onde há uma população jovem, de altos salários e com elevado nível de saúde.

No setor da construção civil a conversa é outra: o setor é de alta rotatividade, emprega mão-de-obra de baixa qualificação e precário estado sanitário.

Uma clientela torna-se lucrativa quando já está "saneada", no jargão da medicina de grupo, quando já foi suficientemente selecionada no processo de admissão, ou então quando, depois de um ou dois anos, algumas patologias foram reduzidas, em decorrência de demissão de funcionários, ou pela adoção de procedimentos cirúrgicos. Então, depois de um ou dois anos uma clientela torna-se lucrativa porque já foi saneada. Prova disso é que as medicinas de grupo tendem a se fixar, tendem a caminhar umas atrás das outras.

No que diz respeito à expansão da medicina de grupo, a Abramge, num documento bastante volumoso, de umas 300 páginas, divulgado à época do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prevsaúde), como uma espécie de contraproposta ao Prevsaúde, propunha que a atenção urbana fosse a atenção da medicina de grupo e estimava que 45 milhões de pessoas poderiam estar sob esse sistema. É lógico que o critério teria de ser mudado, quer dizer, aquelas firmas menos lucrativas ou deveriam ter incentivos maiores, ou contar com o apoio da previdência. Em vez de darem 1/3, dariam 75%. O tipo de política de financiamento teria de ser mudado. Na situação atual, não só as firmas mais lucrativas podem estabelecer convênio sem homologá-lo junto à previdência social. No momento em que a previdência social fechou a homologação de convênios, vimos que a velocidade de aumento dos contatos com a medicina de grupo se manteve, mesmo sem que a previdência social homologasse os convênios. Assim, em 1979 metade dos convênios era do tipo homologado e a outra metade do não-homologado; aquelas firmas mais lucrativas, de população mais estável, poderiam fazer convênios sem homologar. As outras precisariam ter algum tipo de incentivo maior ou ter seu serviço parcialmente remunerado pela previdência — o que já entra em contradição com a própria proposta da Abramge de manter o sistema tal como ele está e cobrir 45 milhões de pessoas.

Carlos Gentile — Quando pela primeira vez estudei problemas de medicina de grupo, fiz uma pesquisa aqui no Rio de Janeiro. Naquele tempo o teto de aposentadoria na previdência social era de 10 salários mínimos, e apesar disso o nível médio da aposentadoria do pessoal abrangido pela medicina de grupo — aposentadoria de um modo geral, por tempo de serviço, por incapacidade — era três vezes maior que a aposentadoria média do segurado comum da previdência fora da medicina de grupo.

Não se pode, também, esquecer que esses convênios não-homologados têm, em escala muito maior, o apoio da previdência social. Então os próprios empresários da medicina de grupo, eles próprios, providenciam — e agem até de maneira paternal — operações e internações, sobretudo os chamados procedimentos de alto custo.

A generalização da medicina de grupo para esses 40 milhões seria insuportável para esse sistema, pois ele consegue prosperar, ser altamente competente, porque não tem a responsabilidade de uma parcela enorme de despesas resultantes dos tais procedimentos de alto custo: medicina nuclear, radioterapia, quimioterapia e transplantes, cirurgias cardiovasculares, e assim por diante. Desse modo, a medicina de grupo só prospera, e prospera bastante, porque tem apoio da própria previdência social. Além do mais, vejam só, a rigor, o segurado que está dentro do sistema da medicina de grupo perde teoricamente,

por lei, o acesso à medicina previdenciária; só pode receber assistência da medicina de grupo. Se o segurado, por acaso, tem uma urgência, uma emergência, e é atendido pela previdência, a medicina de grupo obriga-se, pelo contrato, a reembolsar e pagar a previdência pelas despesas efetuadas. Bom, pelo menos há 10 anos, em São Paulo, onde estão 70% dos convênios, não há uma única emergência da medicina de grupo; ou o sistema é realmente muito competente em matéria médica ou é altamente competente em termos empresariais.

Francisco Campos — Eu gostaria de continuar um pouco nessa linha e pediria, assim, ao Hésio e ao Gentile que de certa maneira, discutissem uma questão que considero interessante. Vamos supor que fosse possível implementar as últimas propostas feitas, dos quais não se sabe exatamente a origem, mas que circularam aí pelo país acerca de uma nova organização da assistência médica brasileira. Vamos dizer que por algum artifício técnico se pudesse, por exemplo, retirar a responsabilidade do setor chamado delegado, isto é, que se pudesse retirar procedimentos muito complicados como, por exemplo, medicina nuclear, porque a própria política do Conasp, hoje, já é de atribuir esses procedimentos muito complicados ou a hospitais públicos ou a hospitais universitários. Vamos supor que se abolissem os pagamentos por unidade de serviço e o sistema de hospitais privados passasse a ser remunerado com base em um subsídio global. Quais seriam as conseqüências dessa política?

Carlos Gentile — Essa hipótese é fruto de imaginação criadora. Acho absolutamente inviável que de uma hora para outra se dissesse assim: a partir do dia 1 de janeiro de 1983 fica abolido o pagamento por unidades de serviços. Absolutamente inviável, não é? A não ser que haja modificações na sociedade como um todo.

Bom, mas o nosso assunto é saúde, saúde, nada mais que saúde.

Hésio Cordeiro — A posição da Abramge é a de que na competição capitalista devem sobreviver apenas os mais capazes. A possibilidade de crescimento da medicina de grupo — eu acho — não vai ser dada só pela base material econômica. Em minha opinião vai estar relacionada também com essa dimensão política. O que começa a me preocupar é um crescente fascínio de certos setores chamados progressistas da burocracia de saúde do país, pela modalidade assistencial de pré-pagamento com sua contrapartida, a medicina de grupo.

O documento da Abramge tem como perspectiva uma estratégia de captação de recursos para a saúde, fora do sistema previdenciário, quer dizer, como aumentar o bolo da saúde sem onerar os cofres públicos. A estratégia seria fazer com que as empresas optassem pela compra de serviços à medicina de grupo, generalizando o convênio-empresa. Isto coloca como problema o limite que os empresários da medicina de grupo classificam como seu próprio limite de crescimento, o ponto-limite acima do qual a medicina de grupo se torna pouco efetiva e eficiente, quer dizer, cai um pouco a lucratividade, cai o que eles chamam de qualidade do atendimento e a imagem da medicina de grupo fica comprometida. Um dos empresários aqui do Rio dizia o seguinte, a respeito de outra empresa, a Rio-Clínicas, que tinha cerca de 150 mil beneficiados ou segurados: "olha, a Rio-Clínicas cresceu demais. Ela hoje está enfrentando um problema grave de crescimento; o nosso ponto-limite de crescimento é de 25 a 30 mil pessoas; acima disso torna-se difícil manejar." O limite é dado pela capacidade, pela elasticidade — sei lá se esse é o termo correto — de crescimento da própria medicina de grupo e é representado pela possibilidade das firmas "bancarem" o atendimento. Há notícias de que em São Paulo, neste período recessivo que estamos atravessando, várias firmas, indústrias de ponta

de São Paulo, começaram a cortar a assistência médica. No Rio de Janeiro, a Companhia do Metrô, que é uma empresa estatal forte, cortou o convênio com a medicina de grupo, e a Associação dos funcionários "bancou" o convênio. Como se vê, isso depende muito não só das margens de lucratividade, mas também do crescimento global da economia etc. Caso contrário, as firmas sozinhas não "bancam". A proposta da medicina de grupo é de ampliar e transferir os recursos da previdência social para a população rural; isso é dito no próprio documento da Abramge.

Há uma coisa interessante que também tem que ser apontada. Infelizmente eu não tive tempo — porque só o recebi hoje à tarde — de trazer uns dados de um documento do Ipea, que é uma consolidação das políticas públicas do período 82-85. Ele mostra uma série de curvas de gastos com políticas sociais onde as projeções dos últimos cinco anos indicam uma tendência decrescente para os gastos com saneamento, com medicamentos imunoterápicos, com controle de doenças endêmicas, e, uma estagnação, com um leve declínio, com os gastos com assistência médica. A proposta do Ipea é aumentar um pouco os gastos com saneamento, nutrição, medicamentos, e manter constantes — constantes no sentido de cruzeiros de 82 até 1985 — os gastos com assistência médica. O que está implícito é a seguinte suposição: se nós aumentarmos os gastos com controle de doenças endêmicas, com vacinas e com nutrição, será possível reduzir ou manter constantes os gastos com assistência médica, o que considero também uma falácia, porque modifica-se o perfil epidemiológico, que vai implicar o aumento da demanda inclusive por outras condições, já não mais aquelas passíveis de controle por imunizações, por exemplo, mas agora por debates, por hipertensão, doenças cardíaco-hipertensivas, ou seja, modifica-se o perfil epidemiológico e a demanda — característica de uma população mais velha.

Francisco Campos — Acho que é vital, fundamental que se perceba a que está levando o pagamento por unidade de serviço. Está levando a um mau serviço prestado à população, a uma corrupção muito grande, a uma série de coisas desse tipo. Hoje é impossível a receita sem danos políticos mais ou menos graves, ou seja, se hoje voltasse a haver aumento, por exemplo, da alíquota dos contribuintes, certamente isso teria conseqüências políticas imprevisíveis. Por outro lado, parece-me que esta nova proposta, por exemplo, de estender a medicina de grupo a todos é muito lógica. Acho que essa proposta de transformar tudo em medicina de grupo é até muito interessante. Acho que tem o vício antigo de aplicar às novas propostas aquilo que pensamos a vida inteira. Assim, o partido dos sanitaristas brasileiros defende eternamente os serviços públicos estatais. Os sanitaristas em geral têm uma certa tradição de defender essa questão aqui no Brasil. Pensamos, de certa maneira, que só essa lógica seria possível neste momento; é claro que acho que é melhor, pois estou defendendo isso. Mas acho que hoje não é muito ilógico se pensar nessa outra alternativa. E, por exemplo, quando se discute a questão do tamanho crítico das medicinas de grupo, é necessário que se lembre que, no caso de uma política como esta ser decretada, como todo setor saúde é dependente do Estado, imediatamente todos os hospitais do país se transformariam em medicina de grupo, quer dizer, não haveria o problema. Não seria uma medicina de grupo que estaria englobando as demais; pelo contrário, todo mundo viraria medicina de grupo. Contrataria novos administradores, aprenderia novas técnicas de corrupção, novas, mas certamente tão eficientes quanto as anteriores e, na verdade, se resolveria, de certa maneira, o problema, porque ninguém

iria reclamar de fila do Inamps, ninguém iria dizer: "essa fila está grande." O problema seria com o dono do hospital, a quem estaríamos dando dinheiro. De certa maneira, parece-me uma alternativa válida. É uma certa "pinochetização" do setor saúde. É a tentativa de se jogar para fora do setor alguma coisa que deveria estar dentro.

Carlos Gentile — Sinto muito, mas vou ter que contar uma estória que aprendi no meu tempo de estudante. Um fazendeiro estava em sua fazenda quando chegou um fiscal e disse: "O que o senhor dá para o seu gado?" "— Capim" — respondeu ele.

"— O senhor vai pagar uma multa enorme, porque a lei não permite isso".

O homem foi embora. Quinze dias depois chegou outro fiscal e disse: "— O que o senhor dá para o gado? Capim?"

"— Não — disse ele. Eu mando buscar na capital comida própria para dar para o gado."

"— Isso é proibido. O senhor vai ter que pagar uma multa."

O fazendeiro pagou a multa e, quando chegou o terceiro fiscal, um mês depois, perguntou: "O que é que o senhor dá para o seu gado?"

"— Meu gado? Dou cinco mil-réis a cada boi e ele come o que quiser" — ele respondeu. (Naquele tempo cinco mil-réis eram suficientes.)

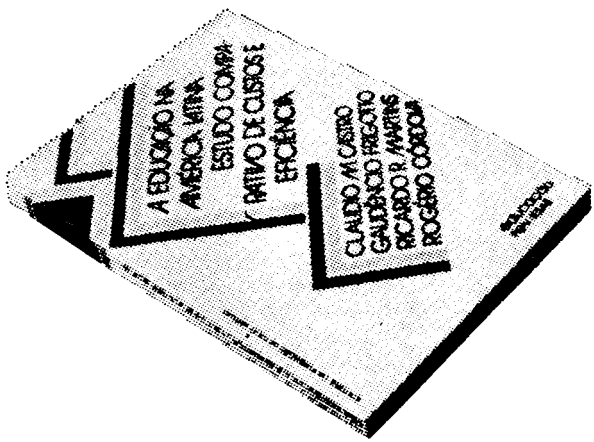
Bem, a verdade é que a medicina de grupo obedece a uma lógica empresarial que é perfeita. Então, na medida em que o objetivo da empresa é produzir lucros para os empresários, na medida em que a diferença entre a receita e a despesa é aquilo que vai ser distribuído entre os empresários, a lógica empresarial faz com que haja uma tendência irresistível de subtração de exames complementares, subtração de tudo aquilo que possa produzir gastos financeiros para a empresa. É evidente que se isso fosse feito em caráter sistemático e universal — universalizado — seria desastroso.

Hésio Cordeiro — Eu não sou tão otimista quanto o Gentile. A previdência social terá no ano de 1983 um orçamento de Cr$ 1,4 trilhões, e a fatia do setor privado é de cerca de 780 a Cr$ 800 bilhões, em relação ao complexo, uma reciclagem que permita lucratividade em outros setores como, por exemplo, o setor financeiro.

Seria o caso com a entrada das companhias de seguros. Isso implicaria o surgimento de companhias de seguros-saúde, por exemplo, que fariam esse tipo de circulação financeira, de ciranda financeira, inclusive com esses Cr$ 800 bilhões, que seriam jogados no sistema financeiro controlado não pela previdência, mas pelas companhias de seguro. Isso seria, digamos, o limite máximo da capitalização do setor. O setor medicina de grupo, sob o ponto de vista econômico, não tem peso. Tem peso sob ponto de vista teórico, mas não tem um peso, digamos, material, financeiro, muito grande. Ele é o que mais cresceu sob o ponto de vista assistencial nos últimos anos — de 1974 para cá. Nos últimos oito anos, ele é o que mais cresceu em termos de volume de prestação mas, sob o ponto de vista material, econômico-financeiro, como um todo, ainda é muito débil. Há certas empresas fortes, localizadas principalmente em São Paulo. O setor hospitalar, empresarialmente, é um setor fragilíssimo. Não há um grande conglomerado que seja de um proprietário, ou de um conjunto de proprietários de muitos hospitais. Há uma fragmentação enorme da propriedade dos hospitais. Para elevar essa capitalização, para aprofundar essa capitalização, dever-se-ia promover um processo de concentração da propriedade de hospitais, provavelmente à custa do crescimento das medicinas de grupo associadas ao setor financeiro. Esse seria, talvez, o caminho. Acho, porém, que o problema

mais complicado é o dos gastos com assistência médica com a população rural que são 10 vezes menores que os gastos com a população urbana: a taxa de consulta, a taxa de hospitalização etc. são absolutamente ridículas. Então, há uma grande massa de bolsões de população com uma cobertura muito precária. A proposta da Abramge é que as áreas metropolitanas fiquem com elas, e a previdência vá tratar da rural. Deixa o mais caro para a previdência social — os velhos e os doentes mais graves.

UMA PESQUISA AMBICIOSA



Em 1975, o Projeto Educação do Programa de Estudos Conjuntos sobre Integração Econômica da América Latina iniciou uma das mais completas pesquisas sobre Educação e Desenvolvimento Econômico na América Latina.

A abrangência geográfica dos dados e a grande variedade de informações geradas representam invulgar busca na área das ciências sociais. Foram quase dois anos de trabalho contínuo, absorvendo os esforços e dezesseis instituições de toda a América Latina.

Este estudo, agora transformado em livro pela Fundação Getulio Vargas, chama a atenção para o caráter injusto dos investimentos em educação primária e secundária na América Latina: os centros mais desenvolvidos e os bairros mais ricos têm as escolas mais bem equipadas, recursos humanos mais qualificados e uma disponibilidade de tempo maior do que as escolas situadas nas zonas pobres periféricas.

Veja e compre nas livrarias da Fundação Getulio Vargas: Rio – Praia de Botafogo, 188; São Paulo – Av. Nove de Julho, 2.029; Brasília – CLS 104, Bloco A, Loja 37

Ou peça pelo Reembolso Postal à Fundação Getulio Vargas / Editora Caixa Postal 9.052, CEP 20.000 – Rio de Janeiro – RJ.