

ASPECTOS DA PESQUISA SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE E INSTRUÇÃO
EM CAMPINA GRANDE E LONDRINA

Eu resolvi hoje deixar um pouco de lado os aspectos gerais de estudos urbanos ou regionais para dar mais importância a uma experiência que está se fazendo agora no Brasil, de pesquisa com equipes de franceses e de brasileiros, a respeito dos problemas de mecanismos de desenvolvimento da economia urbana. Só que naturalmente tem de se colocar isso um pouco num conjunto mais geral antes de explicar a pesquisa que está se fazendo. Eu vou já dar algumas informações sobre a estrutura, a montagem da equipe e depois explicar o porque de um estudo que está se fazendo em Londrina e que já foi feito em Campina Grande a respeito de alguns aspectos da dinâmica da economia urbana. Dentro da organização francesa de pesquisa tem agora um Ministério que se chama Ministério da Pesquisa e que tem um Departamento de Pesquisa a respeito dos países em desenvolvimento. Então, dentro da orientação atual do Governo da França, a partir de 1981, a ação desse Ministério corresponde ao governo Mitterrand, desde essa época, tenho uma afirmação oficial de que a França está interessada em participar da pesquisa sobre o Terceiro Mundo. Eu disse participar, porque nesse Departamento o princípio de base é de não aceitar equipes, de não financiar equipes francesas que vão pesquisar nos países em desenvolvimento sem que estas pesquisas estejam em relação com um grupo de pesquisadores do país onde vai se fazer pesquisa. Quer dizer que a idéia não é de financiar uma pesquisa francesa sobre os países em desenvolvimento mas, o de favorecer a or

ganização de equipes onde tem uma parte de pesquisadores franceses e uma parte de pesquisadores no local onde se vai fazer a pesquisa. Dentro deste Departamento de Pesquisa tem um setor que se chama Pesquisas Urbanas, em razão da importância do crescimento urbano e dos problemas que vão resultar do crescimento acelerado das cidades, sobretudo nas grandes cidades dos países do Terceiro Mundo, porque em geral os países do Terceiro Mundo são caracterizados por esta taxa alta de crescimento da população urbana. Neste setor de pesquisa urbana, os responsáveis pelo Ministério, resolveram dar uma importância particular ao estudo não de toda a economia urbana, mas sobretudo da articulação entre os setores informal e moderno da economia urbana, visando compreender os problemas de emprego, em função do problema muito global de sub-emprego da população destas cidades do Terceiro Mundo. Mas para a abordagem deste estudo da articulação e outras formas de produção, o sistema foi organizar pesquisas diretas, de exemplos em algumas cidades de alguns países do Terceiro Mundo. Então há grupos que trabalham na África, há grupos que trabalham na Ásia e há um grupo que trabalha no Brasil. Está assim colocado, por razões diversas. E também por razões diversas, mas não vou entrar em detalhes, as duas cidades escolhidas no Brasil foram Campina Grande e Londrina. Então esta é naturalmente uma pesquisa coletiva, feita com a participação de vários pesquisadores e estudantes brasileiros e de um pequeno grupo de três ou quatro pesquisadores franceses. Nesta pesquisa tem dois ramos fundamentais: o ramo da análise do mercado de emprego em geral, na economia urbana da cidade de Campina Grande e de Londrina, tem um estudo aprofundado da estrutura da distribuição comercial, um pouco pelas ra

ções que eu expliquei ontem de noite e tem um ramo um pouco mais especializado e que poderia parecer secundário, que estuda a organização do serviço de saúde. Agora de manhã eu gostaria de explicar um pouco o porque e o como se faz. O porque se faz um estudo da organização do serviço de saúde, o como ou a metodologia que está sendo utilizada e os primeiros resultados, quando vamos comparar Campina Grande e Londrina. Primeiro, porque, o porque de uma maneira bastante geral, primeiro nível do porque, é tentar conhecer melhor o funcionamento econômico de um serviço, quer dizer de uma atividade terciária, porque esse problema é muito importante para a compreensão da economia urbana em geral e para a compreensão da localização dos serviços. Eu vou tentar já dar algumas explicações gerais a respeito deste porque do interesse de analisar o funcionamento de um serviço de saúde para melhor compreender o funcionamento das atividades terciárias num país ou numa cidade. O terciário de serviço, quer dizer o chamado setor terciário (é uma palavra muito perigosa, mais uma vez um problema de conceito) é tudo. Tem tudo no terciário. A definição do terciário é uma definição muito negativa. São as atividades que não são do setor primário ou do setor secundário. Então tem tudo lá dentro. Tem desde a sede da empresa ou da direção de um banco até um pequeno vendedor de rua etc... Então nós vamos guardar do terciário os serviços e sobretudo, por enquanto, falar do problema dos serviços de instrução e do serviço de saúde. Nós podemos partir de uma visão bastante idealista que : se há uma população, há necessidade de serviço de saúde e de serviço de instrução no nível atual do desenvolvimento da civilização. Seria uma necessidade geral da população de poder utilizar, de poder a

proveitar do serviço de saúde e do serviço de instrução. Naturalmente teria então a idéia que população é demanda global e que teria uma resposta a esta demanda global de serviço de saúde e de instrução. Só que a resposta a esta demanda é de saber quem é que vai produzir o serviço. Esse mecanismo de produção do serviço é que vai fazer a verdadeira relação entre demanda potencial e oferta e vai ser o mecanismo fundamental para compreender também a localização do serviço, quer dizer a geografia destas atividades terciárias de serviço. Quem pode responder a uma demanda? No sistema capitalista, pode ser um indivíduo, uma empresa que vai montar um sistema de fornecimento do serviço e que vai ter como finalidade, obter uma renda, obter um lucro. Então nós vamos ter uma resposta privada à demanda potencial de serviço. Há necessidade de saúde, vai ter um médico que vai fazer os estudos e depois vai responder a esta demanda mas vai pedir um pagamento para cada ação de saúde, para cada serviço, e vai viver desta fonte de renda que é fornecer um serviço à demanda da população. Vai ter um hospital particular, vai ter alguém que tem dinheiro, que vai investir na construção e na organização do hospital. Quando alguém tiver necessidade de internamento e se internar no hospital, vai pagar o que o hospital pedir e este pagamento vai servir ao dono do hospital para conseguir uma rentabilidade do capital. Vai calcular naturalmente um preço, em função da taxa de rentabilidade do capital que ele quer. Então nós vamos ter uma resposta. O liberal, o de estrutura capitalista no sentido mais estrito da palavra, vai ter uma resposta que é pagar, vai ter uma resposta só a parte da demanda que pode pagar, porque esta resposta não é gratuita, esta resposta necessita uma despesa do indivíduo que utili

zar o serviço. O serviço não é gratuito, é pago, vai ser um serviço pago. Então esta parte de produção de serviço vai ser produção paga. Naturalmente vai ser um sistema semelhante ao sistema da produção do espaço urbano privado, este processo de produção de serviço de instrução, se a escola é particular ou do serviço de saúde, se são médicos particulares ou hospitais particulares. Este processo de produção do serviço vai responder somente a parte da demanda que pode pagar. Então vai ter dentro da população total, uma diferença entre a parte da população que tem um nível de renda suficiente para poder pagar, que vai então poder aproveitar do serviço, e a outra parte da população que em princípio necessita também do serviço de saúde e de instrução mas não vai poder utilizar, porque não tem um nível de renda suficiente para pagar. Mas naturalmente esta diferença vai gerar alguns problemas sociais, Então vai aparecer uma segunda possibilidade de produção do serviço de saúde que vai estar ligada a um certo sistema de intervenção do Estado, intervenção do Poder Público, para tentar diminuir esta contradição entre o serviço privado, quer dizer, o serviço de uma parte da população e a generalização da demanda potencial da necessidade do serviço. Esta intervenção do Poder Público pode ser uma intervenção direta. Quer dizer que, o serviço público vai utilizar uma parte do orçamento do Estado, do orçamento que vem dos impostos de toda população e vai utilizar uma parte deste orçamento, deste dinheiro que tem, para construir hospitais que vão pertencer ao governo, ao Poder Público, para pagar médicos assalariados que vão receber salários do Poder Público e então vão oferecer serviços gratuitos à população. É um sistema que existe em vários países da África

ca Tropical, foi um sistema escolhido por razões de muita di
ficuldade de organizar um sistema intermediário. Então se o
poder público quer esse sistema e pode do ponto de vista dos
recursos, ele pode fornecer um serviço gratuito, aceitando
que a necessidade é uma necessidade básica da população de
ter serviço de saúde e que então se é uma necessidade bási
ca, o Poder Público e o orçamento global da nação tem de pa
gar, de fazer as despesas para fornecer os serviços. Só que
isso é, de certa maneira, uma intervenção paralela e até um
certo momento, concorrente do sistema particular de produção
do serviço. Então o papel do Estado está um pouco em contra
dição com o papel geral do Estado dentro do sistema capita
lista que é de facilitar o desenvolvimento de um sistema ca
pitalista, quer dizer, da produção privada, que é de se subs
tituir o serviço privado. E por isso, muitas vezes a forma
de intervenção do Estado não é de construir um hospital públi
co, de fazer o médico assalariado; o sistema do Estado vai
ser por sistema de transferência de renda, de facilitar o
atendimento da população.

Transferência de uma parte da renda do empre
gado, do empresário e do governo, que vai pagar um médico.
Em vez de ser um indivíduo que vai pagar o médico o sistema
de previdência paga o médico para ele, mas vai ser um médico
particular, num hospital particular. Então vai abrir, a todo
este processo de produção privado de serviço, um mercado da
população de baixa renda que participa do sistema de previ
dência. Vai ser então um fator que vai permitir, do ponto de
vista social, a uma boa parte da população, de participar, de
poder utilizar o serviço de saúde e que vai dar ao serviço
de saúde particular uma ocasião de desenvolvimento, de cres

cimento muito grande, abrindo em função do sistema de transferência de renda, a este processo de produção de serviço, um mercado que antigamente estava fechado por razões de falta de recurso da população. Vai ser pois uma intervenção do Estado que vai resolver em parte o problema social da população que não era atendida pela produção de serviço de saúde particular, ou de instrução particular. Bem, sobretudo de saúde (vamos deixar instrução) e ao mesmo tempo, vai ser uma intervenção do Estado que vai facilitar o desenvolvimento de uma atividade econômica privada importante, que é dentro da economia urbana, uma atividade que vai dar uma renda bastante importante, que vai ser a renda dos médicos e dos hospitais particulares. Vai ser uma maneira de oferecer uma ocasião de crescimento a uma parte da economia urbana privada. E naturalmente tem de se compreender esses mecanismos, para compreender o desenvolvimento deste ramo da economia urbana e para compreender a localização do serviço de saúde, porque naturalmente num país onde tem só o serviço de saúde particular, vamos ter uma localização ligada à população de alta renda. No país onde tem um serviço público direto, um hospital público, um médico assalariado, vamos ter uma localização ligada a uma certa política do Estado de querer localizar o hospital mais num lugar que em outro. Quando for um sistema de transferência de renda, vamos ter um desenvolvimento ligado a toda zona onde tenha uma população previdenciária, uma população que pode utilizar o sistema de previdência e que então vai fornecer um mercado ao serviço particular. A compreensão do mecanismo é indispensável para a compreensão da economia urbana e para a compreensão da geografia do serviço de saúde. É um exemplo bastante típico da

necessidade de uma interação, de uma interligação entre uma "demarche", que no começo era uma "demarche" de economia da saúde, do serviço de saúde, para chegar a uma geografia do serviço de saúde que não seja somente uma descrição, mas que tenta ser uma explicação das formas de localização desses serviços. Mas a análise da organização do serviço de saúde não é somente de tentar compreender melhor a economia, a geografia das atividades terciárias de serviço. Também o serviço de saúde tem alguma coisa que ver com o funcionamento global de uma economia urbana porque trata de dar um atendimento a uma população ou de deixar uma população sem atendimento de saúde; isso faz parte de toda uma política global da relação entre emprego e atividade, que é o problema de controle e da reprodução da força de trabalho. Se voce quer uma força de trabalho que forneça uma boa mão de obra a toda economia urbana voce tem que cuidar da saúde; se voce quer que tenha uma reprodução dessa força de trabalho tem que cuidar da maternidade, da proteção maternal-infantil, para a reprodução da força de trabalho e ao final de contas, se voce - quer que esta força de trabalho trabalhe mesmo e não entre - demais num sistema de "encostar" por razões de doença ou de acidente, voce tem que ter um controle, um controle de saúde da força de trabalho. Então o aparelho de serviço de saúde não é somente uma atividade terciária, que é interessante conhecer do ponto de vista do funcionamento econômico e geográfico das atividades terciárias. É uma parte indispensável para uma interpretação global, dentro de uma cidade, do jogo entre as atividades e o mercado de emprego que é uma parte da compreensão do problema global da reprodução e do controle da força de trabalho dentro de uma economia urbana, ou de

uma economia geral de um país onde voce trabalha, a nível do país. Então por estas duas razões, quando se tratou de estudar o funcionamento da economia urbana das cidades de porte médio dos países do Terceiro Mundo, nesse programa francês ligado às equipes locais, foi resolvido que além do problema global do emprego, além do problema da distribuição comercial, para ter uma compreensão mais clara da estruturação do setor informal e do setor moderno, tinha necessidade de estudar o serviço de saúde dentro desta tentativa de interpretação global da estrutura sócio-econômica das cidades. Esta foi a razão teórica. Então depois, porque estudar isso no Brasil, segundo nível da montagem da pesquisa, depois da problemática geral, o que vem é a montagem da problemática geral antes de lançar este programa de pesquisa. Quando voce faz um programa de pesquisa já tem de saber o porque geral, da razão de pesquisar. Depois tem de montar a pesquisa e o porque do lugar. Eu não vou dizer o porque de Londrina e de Campina Grande muito, mas sobretudo porque do Brasil. Por que do Brasil? Porque o Brasil vai mostrar na evolução da organização dos serviços de saúde, fases bastante importantes para poder ver o resultado sobre a organização do serviço de saúde. Porque até 1930 o Brasil estava quase perfeitamente no sistema do serviço de saúde particular de um lado e do serviço de saúde filantrópico de outro. Depois eu vou explicar melhor. De 1930 a 1967 tem um desenvolvimento de instituições setoriais de previdência: previdência dos comerciantes, previdência dos bancários, previdências dos funcionários, etc. A partir de 67 tem uma organização global da previdência social, do INPS, depois do INAMPS, mas uma previdência com muito pouca organização direta de serviço de saúde,

construção de hospitais públicos, de serviços públicos e médicos assalariados e sobretudo um sistema que vai ser uma transferência de renda para facilitar o desenvolvimento do serviço de saúde particular. Então em função desta facilidade de ver a evolução da intervenção do Estado, foi escolhido o Brasil porque tinha esta possibilidade, pois se encontram dados de 1930 e sobretudo a partir de 1967. Então era possível ver a evolução do número de médicos, a evolução do número de leitos dos hospitais particulares, a evolução do número de leitos dos hospitais públicos para ver se tem verdadeiramente influência das datas chaves do ponto de vista do sistema de intervenção do Estado. E porque de Campina Grande e Londrina é somente de ver o funcionamento. O tamanho da cidade facilitou por razão de força de trabalho dos pesquisadores. Porque estudar isso em uma cidade de 10 milhões de habitantes não dá, em dois meses, com um grupo que tem três franceses e talvez dez ou quinze brasileiros. Então como se queria fechar a pesquisa em dois meses sobre cada cidade, foram escolhidas cidades de porte médio e por outras razões evidentemente. Mas, porque Campina Grande e Londrina. Porque a gente queria colocar um problema dentro de uma região de velha tradição cultural que é o Nordeste e ao contrário, o problema numa região muito nova, onde as cidades são do século XX. Bom, Londrina é de 1934, a fundação do Município, onde o povoamento é sobretudo povoamento de migrantes recentes que vêm da Europa, portanto que tem outras tradições. Por que. Porque até agora eu falei da medicina moderna, serviço de saúde moderno, que responde a um problema de saúde. Só que uma população que não tem os serviços de saúde modernos, talvez tenha outros meios de se defender contra as doenças, que

são os aspectos da chamada medicina tradicional, medicina popular, medicina do povo, etc. Estes aspectos são muito desenvolvidos no Nordeste, com uma tradição que vem de começo da colonização portuguesa e que vem de outros, das tradições dos índios. Vão utilizar plantas, raízes, várias outras coisas, vão ter especialistas práticos, os práticos, que não fazem nenhum estudo de medicina, mas que sabem reorganizar um braço, uma perna, que sabem arrancar dentes, que sabem dar as plantas necessárias para cada tipo de doença, etc. Então a gente queria ver aqui qual é a evolução também desta medicina tradicional em relação à evolução do serviço de saúde moderna. E por isso, para poder comparar, tinha de tomar uma cidade, numa zona onde funciona esta medicina tradicional - por razão da cultura da região e uma zona onde é o contrário, a única possibilidade da medicina tradicional seria uma medicina de gente que vem do Nordeste porque não há tradições; num povoamento recente de migrantes não há muitas tradições de se tratar com sistemas tradicionais. Por isso então foi o porque do Brasil e um pouco o porque destas duas cidades. Mas naturalmente antes de ver como foi montada a metodologia de trabalho e quais são naturalmente os primeiros resultados, tenho que voltar um pouco a este assunto do porque Brasil, quer dizer, da evolução geral da organização do serviço de saúde no Brasil, destas três etapas: antes de 30, de 30 a 67, depois de 67 e de 74, mas naturalmente não vou ter uma estória da intervenção do Estado, porque talvez vocês conheçam melhor do que eu. É só para afirmar as coisas que depois vão justificar a metodologia. Podemos dizer que antes de 1930, as respostas das necessidades dos serviços de saúde para a população era de um lado, a resposta liberal,

quer dizer, um médico em geral de família rica, alguém que vai estudar ou nas primeiras faculdades de medicina das grandes cidades do país ou que vai ao estrangeiro fazer os estudos de medicina, que volta com conhecimento da medicina moderna e que vai se servir destes conhecimentos para ganhar um bom dinheiro. Quer dizer que ele vai ser um médico caro e naturalmente vai responder às necessidades da população de nível alto, de classe alta. Vai ter, no mesmo sistema e muitas vezes com as mesmas pessoas, a construção de hospitais particulares que vão atender a população da alta renda. Tinha de um lado um hospital particular também bastante caro, resposta às possibilidades de pagamento da classe alta e do outro lado tinha a famosa entrada dos hospitais filantrópicos. Porque pelo fato de que a maioria da população não tinha possibilidade de ser atendida pela medicina moderna liberal, então levou ao problema de caridade, todo problema quer seja da estrutura da igreja católica, quer seja da estrutura das igrejas presbiterianas, tem toda uma organização, Santa Casa de Misericórdia, Irmandade, Hospital Evangélico da Sociedade Presbiteriana, com um financiamento que muitas vezes vem da Europa. Quer seja em Campina Grande, ou quer seja em Londrina, no começo destes hospitais filantrópicos, eu encontrei capital que vem de associações de caridade da Alemanha, para o Hospital Evangélico de Londrina, que vem de uma Associação Internacional da Europa (um pouco da Itália) que fundou o Hospital da Santa Casa de Campina Grande, etc. Então tem uma intervenção de caridade. Tem que encontrar o dinheiro para atender a população de baixa renda, mas é um atendimento muito precário, porque não pode ter dinheiro suficiente para atender todo mundo e de outro lado tem a medicina

liberal que atende só a classe alta. Então, há a modificação da Sociedade brasileira ligada a modificação da formação social, que se reflete do ponto de vista político, da organização política do famoso Estado Novo, (assim vocês dizem), a partir de 1930. Bom, não vou analisar todo esse jogo. A compreensão da sociedade brasileira é para vocês, mas o resultado é um primeiro passo à frente no desenvolvimento da classe média. A classe média não vai aceitar de não ser atendida ou de ser atendida nesse sistema de caridade e não pode utilizar a medicina privada. Então tem de organizar alguma coisa para responder. O sistema vão ser as famosas instituições setoriais de Previdência que vão tratar somente dos empregados urbanos, vai deixar de lado completamente o problema da população rural, quer dizer, nesta época, talvez 2/3 da população brasileira e vai tentar, não vai tentar, vai resolver o problema do atendimento de saúde para esta classe média, média um pouco baixa, dos empregados do comércio, de banco, dos funcionários, quer seja instituição de comerciários, de bancários ou quer seja instituições já patrocinadas diretamente pelos serviços dos Estados do Brasil ou as instituições de previdência dos funcionários de cada Estado. Então vai ser um sistema em que se paga uma taxa, o empregador também paga uma taxa e assim contratar, fazer convênios com os hospitais existentes, ou contratar médicos e dar um atendimento de saúde a esta população previdenciada. Mas isso vai já dar um pequeno surto a um tipo de hospital que não vai ser somente para a classe alta mas vai também responder a estes convênios que não vão dar o mesmo dinheiro. Então tem já de organizar o hospital com dois níveis: o nível que a classe alta pode pagar e o nível que vai ser o reembolso do Instituto

de Previdência. Também vai aparecer o crescimento do número de médicos e naturalmente, paralelamente, vai ter a criação de várias faculdades de medicina no Brasil para jogar no mercado de trabalho, médicos que vão ter de aceitar um nível de vida um pouco mais baixo que um médico liberal de antes, aceitando convênios com o Instituto de Previdência e um reembolso que não dá o mesmo preço de consulta que a consulta de um médico de classe alta. Naturalmente que tem de verificar a relação entre a criação das faculdades de medicina e esta necessidade profissional de médicos nesta área. E tudo isto vai se desenvolver até 67. Vários institutos aparecem, até que em 67, por razões de evolução da sociedade brasileira, evolução do tipo de governo desta sociedade, vai aparecer a criação de um instituto global de Previdência Social, global, um instituto de Previdência Social, o INPS, que vai atender toda a população que tem um emprego permanente urbano. Porque até agora é urbano, em 67. Que é um sistema que todo mundo conhece, da Carteira de Trabalho, do INPS, que se chama INAMPS. Só depois vai aparecer a idéia de tentar uma entrada da população agrícola neste sistema de previdência que é o FUNRURAL, que é agora o INAMPS rural, mas que é uma outra maneira de organizar a previdência para uma parte da população agrícola que é o empregado, o operário da agricultura. Tudo isso, o INPS, o FUNRURAL, vai abrir um mercado muito importante do ponto de vista do serviço de saúde particular. Então tinha de saber: será que o Estado vai fazer hospitais públicos e não vai deixar esse mercado ao serviço particular ou será que ele vai deixar esse mercado ao serviço particular com sistema de convênios, de reembolso, etc? Isso que foi uma primeira pergunta a responder na pesquisa. Qual foi

a consequência do INPS na globalização, globalização par-
cial. Nós vamos ver que tem uma parte da população que não
pertence ao INAMPS, há o problema de quem que vai atender es-
ta população, mas vai dar mais ou menos 80% da população bra-
sileira que vai ser ou o mercado para o serviço de saúde par-
ticular ou vai ser a ocasião para o INPS utilizar o capital
que ele vai obter da transferência de renda para construir
hospitais públicos e médicos assalariados. Então isso é mais
ou menos o quadro geral de referência e a gente quis ver no
caso de Campina Grande e de Londrina. Qual foi exatamente o
resultado desta evolução da relação entre o serviço de saúde
particular e tipos, forma de intervenção do Estado e estrutu-
ra da demanda potencial, quer dizer da estrutura social da po-
pulação que deveria ser atendida do ponto de vista teórico.
Em função disto a metodologia foi claramente dividida em 2
dois passos: de um lado tinha de estudar as formas de produ-
ção do serviço de saúde em cada uma das cidades e a evolução
destas formas, desse processo de produção do serviço de saúde
e de outro lado tinha de estudar na população, as formas de
atendimento que a população recebia destas, para tentar fa-
zer uma relação entre a demanda e a oferta. Então de um lado
foram estudadas as formas de produção do serviço de saúde e
a gente fêz um esforço para encontrar estatística globais de
hospitais, de número de médicos e de número de médicos por es-
pecialidade, para poder fazer a evolução sobre o número de
leitos dos hospitais, o número de médicos, número de médicos
de clínica geral, número de médicos de especialidade, etc. De-
pois em função do resultado da estatística, foi organizada uma
amostra de alguns hospitais de cada tipo e de alguns médicos
para fazer entrevistas porque não há outro jeito de se ten

tar saber as coisas necessárias para a compreensão desta evolução. Então foram escolhidos alguns hospitais de Campina Grande, em Londrina foram todos os hospitais porque são menos numerosos. Em Campina Grande deixaram-se alguns hospitais de lado porque estavam absolutamente semelhantes um do outro. E na entrevista o que estava. Na entrevista estava: a origem do capital para saber de onde veio o capital, naturalmente tinha de saber já se era um hospital público ou era um hospital particular. Disto eu já vou dar o resultado: não há nenhum hospital público em Londrina e tem só um hospital público em Campina Grande, que na verdade não foi no começo um hospital do INAMPS, foi um hospital criado pelos serviços de saúde do Estado da Paraíba e que depois foi integrado ao sistema. Mas não há nenhuma criação de hospital público do INAMPS nem em Campina Grande nem em Londrina. Então está claro. Hospitais particulares: tinha de saber a data de fundação para poder ver em função da evolução; tinha de saber a data da ampliação, se era velho o hospital e em que momento passou de 40 leitos a 200 leitos. Já a resposta é clara: depois de 67. De saber a origem do capital para saber quem aplicou o capital qual é a parte das fontes de capitais do Brasil que aplicou o capital até encontrar uma rentabilidade desse capital, utilizando o serviço de saúde. Tinha de saber o sistema de relação entre o capital e todas as formas de pagamentos. Se o hospital aceitava só os particulares, para saber se tem ainda hospital particular. Tem um. Em Campina Grande tem um hospital que ainda não quer saber do INPS, do INAMPS ou dos convênios, do UNIMED, de outras coisas, é só para particulares, ele não quer modificar. Outros pelo contrário, trabalham somente com o INAMPS. Naturalmente tinha depois de saber isso,

a origem dos doentes, as formas de pagamento, de saber o tipo de atendimento. Só de visitar um pouco o hospital, para saber que o hospital não pode dar o mesmo atendimento, se o reembolso por doente é um reembolso do INAMPS ou se o reembolso por doente é o pagamento do particular. É um pagamento muito maior. Então foi feita esta pesquisa em quase todos os hospitais ou todos os hospitais necessários, para se ter uma visão global desta produção do serviço de saúde. Também se organizou um sistema de entrevista com vários médicos, tentando ver um médico instalado já há muito tempo, um médico bem instalado na cidade e que tem uma reputação, etc., o médico jovem, a gente trabalhou muito com os médicos jovens e naturalmente relacionando isso com a criação de faculdade de medicina porque não vai ser por acaso que aparece uma faculdade de medicina em 69 em Campina Grande e em 71 em Londrina. Bom, tinha que ter mais profissionais para jogar no mercado. A gente tentou, em função disso, compreender quais são agora as relações de trabalho entre os médicos. Depois eu vou falar dos resultados. Porque uma resposta será este tipo de intervenção do Estado, do sistema de previdência global, quase global, que vai dar um desenvolvimento dos hospitais particulares, mas vai dar também um desenvolvimento da medicina liberal ou de uma forma de medicina que eu vou chamar de capitalista, que é um médico, dono de uma clínica, que vai empregar médicos assalariados e naturalmente vai fazer que os salários dos médicos seja menor que o reembolso que ele vai receber dos doentes. Então vai ganhar dinheiro só porque ele é o dono de uma clínica. Ele vai utilizar os médicos assalariados que vão dar a ele uma fonte de benefício, de lucro, que são novas relações de trabalho, que por facilitam

dade, sem entrar bem na descrição teórica, eu vou chamar de medicina capitalista. Então a gente tentou conhecer isso, entrevistando sobretudo médicos jovens para saber como eles se jogam no mercado de trabalho e quais são os problemas. Isso foi um lado, produção do serviço. Outro lado foi: quais são ao final de contas na população de cada cidade, as formas de atendimento e quais são as formas de uso, de utilização desses serviços cuja produção já era conhecida. Para isso, a única maneira de trabalhar é o sistema de questionário. Então a gente montou um questionário que vai dar primeiro as informações básicas sobre a família para poder classificar as respostas em função do nível de renda, do tipo de profissão, naturalmente perguntando: voce tem ou não o INAMPS, voce tem uma Carteira de Trabalho assinada ou não tem, acho que para poder ver a parte da população que ainda não pode utilizar o INAMPS porque não está dentro desse sistema. Depois das perguntas voce tem o INAMPS e o utiliza, voce utiliza o serviço do INAMPS mas paga um suplemento para ter um apartamento no hospital, voce só utiliza o sistema particular, etc. Todas estas perguntas e também perguntas sobre a medicina tradicional para poder chegar a esse problema da medicina tradicional. Tinha também que fazer as perguntas sobre a medicina tradicional, para saber se ele usa, se não usa, como que ele usa, etc. para poder ter um certo caminho de pesquisa, porque a medicina tradicional é muito difícil de encontrar. O hospital voce sabe, tem o hospital, voce vai lá, tenta ser recebido e faz a entrevista e voce encontra dificuldade. Só que em geral, isso é mais uma vantagem do Brasil, os brasileiros são muito abertos, então é bastante fácil. Aqui sempre tem um jeito de fazer, que alguém responsável fale de

algumas coisas, ou dê uma recomendação a alguém, e as entrevistas foram muito boas. Foi uma boa experiência para a parte francesa. Bom, tinha ele então que fazer as perguntas sobre a medicina tradicional e também que fazer uma última pergunta: será que voce está satisfeito ou não com o serviço de saúde da sua cidade? Em função desse questionário se chegou a algumas pistas para aprofundar o problema da medicina tradicional. Nós fomos lá para entrevistar alguns práticos que fazem a medicina tradicional. E depois de tudo isso, tentou-se então dar uma idéia das primeiras interpretações só que para passar a esta última parte da palestra eu tenho de dizer que são os primeiros resultados porque a fase de pesquisa em Campina Grande foi uma primeira fase. Mas utilizando os resultados, verificou-se que tinha bastante coisa ainda a conhecer e vai ter uma fase de complementação no mês de novembro (só que eu não vou poder fazer a viagem, vai ser algum outro do laboratório que eu dirijo) e então os resultados de Campina Grande são ainda provisórios por razões de que estão faltando algumas informações e que os resultados de Londrina estão se fazendo. Eu tenho duas reuniões, hoje de tarde e hoje de noite para receber os resultados de dois grupos de trabalho. Então eu não posso ainda utilizar os resultados por que eu não tive a oportunidade de estudar. Mas de uma maneira geral, nós podemos dizer que aparecem já claramente três problemas, três linhas de interpretação da organização do serviço de saúde do Brasil ligado a toda esta evolução geral que eu resumi. Primeiro: formas de produção dos serviços. De uma maneira absolutamente clara os sistemas de previdência organizada quer seja a partir de 1930, quer seja sobretudo a partir de 67 foram sobretudo uma possibilidade de

crescimento para o processo particular de produção do serviço de saúde. A curva do número de leito dos hospitais é absolutamente clara, a curva do número de médicos também. Naturalmente que tem de corrigir com o crescimento da população. Você não vai interpretar em função do crescimento global da demanda potencial, se não pode interpretar o número absoluto de leito ou de médicos, porque seria um erro bastante grande do ponto de vista metodológico, mas a relação entre o número de leitos e o número de habitantes, o número de médicos e o número de habitantes, claramente mostra uma modificação da curva a partir de 1, 2, 3 anos depois da criação de um sistema de previdência. Então nós podemos já, talvez não concluir, mas dizer, que está muito claro que tem uma influência bastante importante da previdência para o crescimento deste ramo das atividades econômicas particulares da cidade, que são os serviços de saúde. Então na compreensão global da economia urbana tem que pensar que o crescimento da população é em função desta organização de previdência, vai dar uma consequência sobre estas atividades induzidas, vai ter uma indução que não é necessária, vai ter uma indução do crescimento populacional sobre o crescimento desse ramo das atividades particulares do serviço de saúde. Segunda conclusão bastante clara também, este surto vai ser num sistema que eu vou chamar de capitalista num lado dos hospitais, quer dizer, que são investidores particulares que vão investir capitais na construção e na organização de hospitais para conseguir um lucro, uma boa rentabilidade de capital utilizando esta abertura do mercado em relação com o sistema de previdência. Qual é o regime de capital? Aí vamos ter duas respostas bastante diferentes, em Campina Grande e em Londrina. Em Campina Grande

tem uma separação completa entre o hospital filantrópico que passou a ser um hospital universitário, que depois vou falar disso e os hospitais particulares. Os hospitais particulares são dinheiro, capital que vem da burguesia local e sobretudo dos fazendeiros. O processo mais generalizado é o grande fazendeiro cujo filho vai fazer o estudo de medicina, vai voltar à cidade, com uma parte do capital do pai vai construir um hospital particular e vai se tornar um empresário da saúde. Dá para compreender? O empresário de saúde quer dizer, - que ele mesmo não vai trabalhar muito do ponto de vista de medicina ou vai dar somente um atendimento aos particulares que paguem bem e vai ter um hospital sob sua responsabilidade mas onde ele vai empregar médicos assalariados, médicos que vêm lá pagos pelo serviço, mas que vai ter a rentabilidade das diárias pagas pelo INPS em função do número de doentes. Então vai ser uma empresa, uma empresa que funciona de duas maneiras, a empresa funciona sobretudo em relação às diárias do INPS. Então o sistema é organizado de tal maneira que o acolho, o serviço fornecido ao doente seja de uma despesa menor que o reembolso do INPS. Então cada doente é uma fonte de benefício. Dá para compreender? É uma diferença entre receita e despesa, muito clara. É uma empresa mesmo. E segunda possibilidade mas menos desenvolvida, só em alguns hospitais é que tem médicos assalariados, cujo salário é mais baixo que o número de reembolso das consultas dadas, das guias assinadas do INPS e dentro do que o dono do hospital recebe. Então ganha dinheiro também em função desta diferença entre receita e despesa nas consultas ou nas operações, em todos os atendimentos, nos atos médicos ou de cirurgia. Isso é muito claro em Campina Grande, só que parecia que is

so não é, existe dois lados. Na produção de saúde do serviço particular tem um lado, eu já falei, tem um hospital bastante reduzido, acho que são 40 leitos, que se tornou particular. Isso para atender aos 2% da população de Campina Grande que pode pagar este tipo de atendimento, muito bom, apartamento muito luxuoso, médicos de boa reputação, mesmo que não sejam os melhores, mas que têm boa reputação, o que já é muito importante para o doente, De outro lado tem os hospitais que trabalham quase somente com o INPS e entre os dois tem os hospitais que tem uma parte para o INPS, uma parte para o famoso UNIMED que é uma cooperativa de médicos para conseguir captar o mercado da classe média. Porque a classe média paga o INPS mas não gosta do atendimento então ela aceita pagar um pouco mais no sistema de cooperativa da UNIMED para ter um atendimento melhor. Para o médico é uma maneira de receber um pouco mais que o INPS, um pouco menos que o particular e de captar esta parte da população que pode pagar este tipo de pagamento do serviço. Então, tem hospitais onde que tem enfermarias para o INPS, apartamentos para o UNIMED e talvez algum apartamento para particular também. O sistema mais evidente é o sistema de um hospital psiquiátrico lá em Campina Grande que é a demonstração perfeita. O dono é um médico psiquiátrico bastante conhecido, do ponto de vista da capacidade dele, mas que é filho talvez do maior fazendeiro da região. Ele construiu um grande hospital, com uma parte pequena especial onde somente ele trabalha, que é para atender particular, quer dizer a parte da classe alta que tem alguns problemas de cabeça e todo o resto está somente com o INPS em função da obrigação de internar os doentes mentais. Então lá ele tem um mercado e com condições um pouco ruins

de atendimento e não trabalha. São os médicos assalariados - que estão em conflito, estão com muita raiva do dono porque recebem salário baixo e eles sabem perfeitamente que ele recebe mais, do ponto de vista do reembolso, mas que não encontram outro emprego por razões que, infelizmente para eles, entraram numa especialidade onde tem muita gente em Campina Grande e quem que é formado em Campina Grande tem dificuldade, sobretudo em psiquiatria, em encontrar um emprego em uma outra cidade. Isso é que é muito importante do ponto de vista da relação entre formação de profissionais e mercado de emprego. Então isso funciona muito bem.

Eu estava com a idéia que em Londrina seria mais característico. É ao contrário. Não vai me perguntar o porque até agora eu não sei. O que eu vou constatar é que em Londrina o processo vai ser bastante desviado por razão da importância dos hospitais filantrópicos porque são os três hospitais filantrópicos, Santa Casa de Misericórdia, Santa Irmandade e Hospital Evangélico que vão ter um crescimento a partir de 67, e que ao final de contas vão passar de um sistema filantrópico a um sistema comercializado, um sistema capitalista mas vão fazer que tenham uma força - tão grande e talvez uma melhor reputação que os outros hospitais particulares vão ter muita dificuldade em poder permanecer. Depois de 67, tem vários hospitais particulares que aparecem, alguns desaparecem, outros são comprados e agora mesmo, foi sorte para mim, o Hospital Evangélico está comprando o maior hospital psiquiátrico particular que é o Hospital Colina Verde, por razões que este estava em dificuldades e o Hospital Evangélico resolveu comprar para aumentar a capacidade de lucro, porque ao final de contas, ele passou de um

hospital filantrópico a um hospital que está a procura de um melhor lucro. Então isso complica muito a evolução em Londrina mas não impede que tenha um momento bastante importante do número de leitos. Quando se trata de relações de trabalho entre os médicos, em função talvez desta ausência de hospital particular, não ausência, mas desta pouca importância dos hospitais particulares, em Londrina quase não tem esse sistema de relação de trabalho do médico assalariado e de outro médico que é o dono do hospital. O Hospital Evangélico ou o Hospital da Santa Casa não aceita esse sistema por razões que têm ainda a idéia filantrópica e todos os médicos que vêm, são médicos que recebem diretamente o pagamento do INPS. Então o Hospital ganha somente em função das diárias mas do ponto de vista dos atos médicos não há esse sistema de lucro que foi bem claramente salientado, estabelecido em Campina Grande. Quando se trata de sistema de consultório, quer seja em Campina Grande quer seja em Londrina até agora quase não há uma verdadeira medicina capitalista do jeito - que se encontra em São Paulo, Rio de Janeiro, etc. Isso talvez seja um problema de tamanho de cidade. O que se verifica é somente um sistema de associação de médicos que vão ser 4, 5 da mesma especialidade para abrir uma clínica, clínica no sentido de consultório, sem leito, vai abrir um consultório para poder repartir a despesa de secretaria, a despesa de prédio, etc. mas que são uma associação de médicos, quer dizer que são iguais, não há relação de trabalho, A única diferença de trabalho é que são de novos, jovens médicos que têm muita dificuldade de entrar no processo de produção de serviço de saúde.

Um médico novo vai receber um pequeno salá

rio das sociedades de três ou quatro médicos com a esperança que quando um médico vai embora ele vai ter a possibilidade de ampliação do consultório e vai ser escolhido para poder entrar na sociedade. Então é um sistema ainda muito paternalista de exploração, não é o verdadeiro sistema de exploração capitalista. Mas depois de tudo isso, segundo isso, estão alguns resultados sobre a compreensão da produção do serviço de saúde nessas duas cidades.

O segundo problema que aparece claramente - na pesquisa, é que tudo isso não está a serviço de toda a população, tudo isso está a serviço de, talvez, 85% ou 90% da população de Londrina (ainda não está bem claro porque eu não tenho os resultados) e está nos arredores de 75 ou 70% da população de Campina Grande. Quer dizer que tem em Campina Grande 25 ou 30% da população que não pode utilizar porque não possui o INPS não é contribuinte e que talvez tenha 10 ou 15% da população de Londrina e isso é o resultado desse setor informado dos pequenos empregos que não dá Carteira assinada e que então não permite a essa população entrar no sistema de previdência social.

Então o problema era saber qual é o atendimento médico dessa população. E aparece várias respostas, bem diferentes em Campina Grande e em Londrina. Em Campina Grande para facilitar esta faixa da população que é mais ou menos um quarto da população, pode-se utilizar o hospital universitário, que é o antigo hospital filantrópico, que passou a hospital universitário como um financiamento da Universidade pela razão que a Universidade precisa de um local para que os estudantes de medicina possam aprender a profissão. Então lá são aceitos os não contribuintes, tem uma parte que recebe

do INAMPS, mas eles aceitam também os não-contribuintes, para poder ter todas as possibilidades de doentes aceitos, a de ser cobaias dos estudantes de medicina e no final de contas porque é bom, é uma maneira de voltar a noção de filantrópimo. É a mesma coisa em Londrina. Só que o hospital doí fundado pela Universidade, foi a Universidade que não tinha hospital e não conseguia entrar nos hospitais filantrópicos que estavam passando ao lado dos Hospitais Comerciais. Então, resolveu-se aplicar uma parte dos recursos da Universidade para construir um hospital que atenda aos contribuintes e aos não-contribuintes. Só que essa população de baixa renda vai lá quando tem uma urgência. Do contrário, porém estão os atendimentos da população, lá vamos ver duas políticas bastante diferentes do Paraná e município de Londrina de um lado, e do Estado da Paraíba e do município de Campina Grande do outro lado. Em Campina Grande quase não há uma intervenção da Secretaria de Saúde do Estado e do Serviço de Saúde do Município.

Tem alguns postos de saúde, mas precaríssimos, também não há postos de saúde bastante equipados da parte da Secretaria de Saúde do Estado, quase nada. Única coisa que existe que é muito boa, é uma maternidade, uma maternidade do município que recebe somente as gestantes que não possuem o INAMPS, e que é do tamanho suficiente para atender a todos os problemas de parte de toda a população que não possui o INAMPS. Ao contrário em Londrina tem muitas coisas para esta população de baixa renda que não possui o INAMPS e são só 10 ou 15% da população. Tem um centro de Saúde do Estado do Paraná muito bem organizado, que é melhor que o ambulatório do INAMPS e melhor que vários consultórios de serviço

ços particulares. Tem, se não me engano, 15 postos de saúde, alguns do Estado, alguns da municipalidade, alguns da Universidade, que vão atender a população de baixa renda, não toda, sobretudo das zonas periféricas, mas vão atender com médicos, médicos que vão lá.

No mais Londrina tem um novo sistema do INAMPS, que é uma experiência que não existe ainda em várias outras cidades, talvez em algumas, que é o sistema do médico autorizado, e do famoso PPA quer dizer que na periferia, somente na periferia, o médico que vai ao posto de saúde do município ou do Estado, pode atender a população que não possui o INAMPS, ele pode fazer, ele mesmo a guia de reembolso, ao invés de o doente ter que ir ao serviço do INAMPS fazer a fila, obter a guia, depois com guia ir ao médico que vai assinar a guia para ser reembolsado. O INAMPS de Londrina deu autorização, acho que a trinta e cinco médicos da periferia, de poder assinar diretamente a guia para ser reembolsado. Então mesmo se o doente não é do INAMPS, o INAMPS vai reembolsar para dar a essa população um atendimento médico que é um atendimento relacionado com a distância dos conjuntos habitacionais, mas sem diferença de INAMPS.

Então, naturalmente nós vamos nos perguntar por que? Por que em uma tem 30 ou 25% de população sem serviços públicos e do outro lado, o atendimento para só 10 ou 15% da população?

Isso são as perguntas para o futuro.

Uma possibilidade, naturalmente, em caminho de pesquisa é o problema de tensões sociais, é responder que talvez a população de baixa renda de Londrina represente uma capacidade de conflitos sociais maior que a população de bai

xa renda de Campina Grande, então, tem de responder para diminuir o risco social de explosão social. É uma possibilidade só de discutir para saber.

O terceiro problema é o problema da medicina tradicional, já estava dentro da hipótese de escolha da cidade mas foi claramente demonstrada. A medicina tradicional é uma medicina popular e muito importante em Campina Grande e tem muito pouca importância em Londrina. Eu não consegui até agora ter o número exato de praticantes, isto é, de curandeiros, raizeiros, dentistas práticos, etc... mas, vai mostrar uma diferença enorme para uma população quase do mesmo tamanho. Então, a medicina tradicional de Londrina parece muito pobre, medicina de plantas assim, entretanto no sistema da comercialização das farmácias. Ao contrário em Campina Grande, tem uma importância muito grande a medicina tradicional quer seja de raízes de plantas, quer seja de vendedor na feira de Campina Grande. Lembro-me quantos vendedores de raízes de plantas, que também não somente vão vendê-las, mas dão uma pequena consulta. Ele já sabe qual é a planta segundo o tipo de doença, tem verdadeiros curandeiros, as famosas parteiras, muito importante para o parto das populações de baixa renda, mesmo quando o hospital é do município etc... Só que a idéia, de que essa medicina tradicional está ao serviço da população de baixa renda que não possui o INAMPS, não é a verdade, isso aparece bem claramente na aplicação dos questionários. Esta medicina tradicional, uma boa parte da população de Campina Grande a utiliza qualquer que seja o nível de rends. O que aparece claramente é que a variável válida é a origem da população. Felizmente no questionário tinha uma questão: Voce nasceu no Nordeste, em Campina Grande ou na

região, ou voce nasceu em outra região do Brasil, etc...etc. Aí está a variável perfeita. Quem não é do nordeste não utiliza e também despreza porque na última pergunta tinha alguns que diziam: mas porque que tem essas perguntas sobre a medicina tradicional, a medicina tradicional não serve para nada etc... etc... Eu disse prá ele: ao contrário, lá no nordeste qualquer que seja o nível de vida a utiliza, só que felizmente tinha também uma outra pergunta: voce utilizando a medicina tradicional voce utiliza também a medicina moderna, e em qual momento voce entra na medicina moderna? E lá as respostas são naturalmente segundo as categorias, classes sociais. A classe rica utiliza a medicina tradicional até um certo ponto, quando parece que a situação está bem mais grave, ele cai na medicina moderna, e quando a medicina moderna não consegue, então no último momento ele volta à medicina tradicional. Ao contrário os coitados que não conseguem entrar no sistema de medicina moderna, porque não tem o INAMPS e não tem outro sistema em Campina Grande, então a medicina tradicional é o único jeito de se tratar. Isso então está claramente explicado, e assim pode ser ver a variável econômica e a variável cultural.

Mas são os primeiros resultados dessa pesquisa e eu somente queria mostrar como que se monta uma pesquisa, a partir de uma problemática geral, a escolha dos locais de pesquisa, a metodologia de pesquisa e os primeiros resultados que logo terão resultados mais completos e eu mandarei o livro a voces.