

A REGULAÇÃO DO TRABALHO NO ÂMBITO DA SAÚDE

*André Cezar Medici**

Apresentação

Nos últimos 10 anos, termos como **regulação** e **flexibilidade** têm sido utilizados de forma indiscriminada, sem uma preocupação com o sentido de sua aplicação. A palavra **regulação** tem sido apresentada, em geral, como referência aos papéis exercidos pelo Estado, sendo muitas vezes confundida com "regulamentação" no sentido pejorativo atribuído pelos liberais radicais. Para estes, a "saudável" estratégia de "desregulamentação" teria o sentido de retirar do Estado (este intruso) o controle dos negócios, que iriam muito bem, caso fossem controlados unicamente pela vida privada.

Para outros, como é o caso dos institucionalistas ou dos liberais menos radicais, regulação seria o poder de arbítrio exercido corretamente pelo Estado em prol do interesse coletivo, no âmbito da administração e da fiscalização de atividades públicas ou privadas.

A utilização desses conceitos, todavia, tem extrapolado seu sentido geral e abstrato, descendo a áreas mais específicas e concretas. Assim, ouve-se falar em regulação associada à política *x*, ao setor *y* ou ao segmento social *z*, atribuindo-se a essa conceitualização uma transcendência que os termos utilizados poucas vezes têm.

Seja qual for a forma de aplicação, esses conceitos não surgiram por acaso e, nos dias de hoje, se encontram associados a escolas de pensamento e interpretação que buscam qualificar os atuais processos sociais de transformação econômica, muitos dos quais ainda estão incompletos.

Em junho de 1993, fui convidado pela Organização Panamericana da Saúde (OPS) e pelo Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva e Nutrição (NESCON/UFMG) para participar, em Belo Horizonte, de um seminário sobre **Regulação e Trabalho no Sistema Único de Saúde: Autonomia e Gestão dos Estabelecimentos de Saúde**

Como estudioso do tema da **regulação** e sabendo da pouca familiaridade com os conceitos e os processos analíticos das ciências sociais e da economia mantida por

* Coordenador da Área de Políticas Sociais do Instituto de Economia do Setor Público (FUNDAP/IESP) e Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES)

muitos profissionais de saúde, resolvi fazer uma exposição que permitisse precisar a conceituação utilizada pelo "enfoque regulacionista" e possibilitasse, em rápidas pinceladas, a partir do uso desse instrumental analítico, tecer algumas considerações sobre a atual situação do trabalho em saúde no Mundo e no Brasil.

Após a exposição, os organizadores do evento solicitaram que eu passasse a limpo minhas anotações, tendo em vista sua publicação nos anais do referido seminário.

Assim surgiu este texto. A primeira e a segunda parte procuram caracterizar os conceitos e os instrumentos da escola da regulação e conceituar regulação do trabalho. A terceira parte visa descrever a dinâmica internacional do trabalho em saúde na transição do fordismo para a regulação flexível. A quarta parte objetiva problematizar a questão da regulação do trabalho no Brasil, buscando diagnosticar os principais problemas e soluções pertinentes ao setor.

1 - Regulação: conceitos e instrumentos¹

A crise dos anos 70 e seus efeitos econômicos, sociais e políticos têm propiciado uma desarticulação dos antigos paradigmas das ciências sociais e econômicas, embora venham criando condições para o surgimento de novas correntes de pensamento. Uma delas é o "enfoque regulacionista francês". Sua origem data de 1976, quando foi publicado o trabalho de Michel Aglietá intitulado *Régulation et Crises du Capitalisme: L'Éxperience des États-Unis*. A este trabalho, considerado um marco dessa forma de abordar a conjugação de questões econômicas e sociais, seguiram-se os de autores como Robert Boyer, Benjamim Coriat, Alain Lipietz, André Delorme e outros.

Com o intuito de desvendar os aspectos não explicados da recente crise estrutural do capitalismo, o pensamento regulacionista lançou mão do instrumental de diversas escolas teóricas de marxistas a pós-keynesianos; de institucionalistas a radicais norte-americanos; etc. Em que pese aos pontos de convergência, os regulacionistas utilizam-se de conceitos, de postulados e de relações contrárias, em muitos casos, ao arcabouço teórico e ao pensamento dessas correntes, reafirmando a originalidade do corpo teórico que procuram sustentar.

A noção de regulação parte do conceito marxista de **modo de produção**, mas a teoria marxista convencional, especialmente aquela que embasou a prática do chamado "socialismo real", costuma definir o modo de produção capitalista a partir de um conjunto de leis rígidas e imutáveis, responsáveis pela caracterização de sua dinâmica no longo prazo.

Para os regulacionistas, o movimento real do capitalismo tem sido baseado em momentos de continuidade e ruptura, os quais têm garantido a sobrevivência desse modo de produção. Cada um desses intervalos históricos de continuidade seria marcado

¹ Esta parte está baseada no artigo de Medici (1991).

por um conjunto de características homogêneas ou "regularidades", as quais determinariam um dado **regime de acumulação**². Assim, um modo de produção, ao longo de sua história, poderá conter distintos regimes de acumulação.

Um dado regime de acumulação seria o produto, por sua vez, da interação de cinco **formas estruturais ou institucionais**, a saber: a relação salarial; a **gestão da moeda**; os mercados e as formas de concorrência; a **adesão ao regime internacional**; a **organização do Estado**.

O movimento da sociedade, configurado analiticamente a partir dessas formas estruturais, no interior de um dado regime de acumulação, caracteriza aquilo que pode ser denominado de **modo de regulação**, que, nas palavras de Robert Boyer (1986), poderia ser definido como o conjunto de procedimentos e de comportamentos individuais ou coletivos que teriam a tripla propriedade de:

- a) reproduzir relações sociais fundamentais, através da conjunção de formas estruturais historicamente determinadas;
- b) sustentar e guiar o regime de acumulação em vigor;
- c) assegurar a compatibilidade dinâmica de um conjunto de decisões descentralizadas, sem que seja necessária a interiorização pelos atores econômicos dos princípios de ajustamento conjunto do sistema.

O enfoque regulacionista identifica, na história do capitalismo, três modos de regulação. A **regulação antiga**, vigente das origens do capitalismo até fins da primeira metade do século XIX (em torno de 1870); a **regulação concorrencial ou taylorista**, que se estende até fins da Segunda Guerra Mundial, e a **regulação monopolista ou fordista**, que se instaurou no Pós-Guerra e teve sua crise na primeira metade dos anos 70. Os adeptos do enfoque regulacionista admitem que, após essa crise, tem se estabelecido, progressivamente, um modo de regulação baseado na flexibilidade das relações de produção e de trabalho. Chamaremos, ainda que de forma precária, esse novo modo de **regulação flexível**.

2 - A regulação do trabalho no século XX

Define-se, para efeitos deste texto, **regulação do trabalho** como o conjunto dos elementos que configuram a relação salarial, como forma institucional, em determinado tempo e lugar.

Entende-se por relação salarial a combinação de normas de produção e de normas de consumo, expressas no cotidiano através das taxas de exploração (ou taxa de

² Ver Boyer (1986). Segundo esse autor, o regime de acumulação seria "(...) o conjunto de regularidades que asseguram uma progressão geral e relativamente coerente da acumulação de capital, permitindo absorver ou distribuir, ao longo do tempo, as distorções e desequilíbrios que nascem permanentemente do próprio processo".

mais-valia); da duração/extensão da jornada de trabalho, da organização e do gerenciamento do processo de trabalho; das formas de remuneração do trabalho (salário por peça, mensalista, diarista, etc.); da relação capital/trabalho (ou composição orgânica do capital) e seus arranjos tecnológicos; dos requisitos sociais para o assalariamento (instrução, disciplina, disponibilidade de tempo, etc.); e dos atributos sociais do assalariamento (estabilidade, padrões de consumo, direitos sociais incorporados por imposição estatal ou por normas de conduta social, etc.) vigentes em cada contexto.

Ao longo da história do capitalismo, as relações salariais sofreram grandes transformações. Na regulação antiga, estabeleceu-se uma relação salarial baseada na extensão sem limites da jornada de trabalho (predominância da mais-valia absoluta) e na exploração da força física e da habilidade do trabalhador, combinando elementos do capitalismo industrial, que então surgia, com alguns resquícios do artesanato submetido ao capitalismo mercantil. Em geral, a remuneração da força de trabalho não repunha, sequer, as condições de subsistência, acarretando mortalidade precoce da classe trabalhadora, o que era compensado pela ausência de meios de regulação da fecundidade.

O desemprego grassava entre aqueles que, por circunstâncias físicas, sociais, ou pela violência do processo de produção, se tornavam inaptos para o trabalho, especialmente entre os trabalhadores mais velhos, que, na ausência de sistemas complexos de proteção social, tinham que se sujeitar às mais precárias condições de existência, num contexto de intensa concentração da propriedade dos meios de produção.

Somente a posterior hegemonia da mais-valia relativa como forma **superior** de extração do excedente e seus efeitos no aumento da produtividade pela "compressão espaço-tempo" do trabalho permitiram estabelecer uma nova relação salarial, menos nociva ao tecido social, especialmente para a classe trabalhadora.

A "compressão espaço-tempo" deve ser entendida aqui como o uso de novas tecnologias e de inovações gerenciais que permitiram não só aumentar a produtividade, como também reduzir a porosidade do trabalho. O efeito combinado de economias de escala e aglomeração reduziu continuamente a duração dos ciclos de produção num mundo onde a velocidade das trocas possibilitava que a circulação do capital fosse cada vez maior e mais intensa.

Sob a ótica do trabalhador, a "compressão espaço-tempo" do trabalho representou uma brutal diminuição do tempo livre dentro do *atelier* de produção. O tempo destinado a caminhar, a conversar, a forjar os produtos com a aplicação de habilidade específica, ou para descansar, quando preciso, foi substituído pelo uso frenético do corpo e da mente do trabalhador, exigindo-lhe total atenção e roubando-lhe até mesmo seus pensamentos.

Não foi somente o sistema de maquinaria que permitiu tal façanha, mas também o uso de novas ferramentas gerenciais, como "a administração dos tempos e movimentos", introduzida pelo engenheiro norte-americano Frederick Winslow Taylor em seu livro **Princípios de Administração Científica**.

Embora outros pensadores tenham contribuído para redefinir os paradigmas da organização do trabalho, aumentar a produtividade e a "racionalidade" do processo

produtivo,³ foi justamente Taylor o autor mais eminente desse processo, fato que pode ser atribuído à sua inserção, como cidadão, numa das duas grandes potências industriais emergentes no limiar do século XX — os Estados Unidos.

O taylorismo teve efeitos amplos sobre a sociedade e sobre a organização social da produção e do trabalho. Dentre eles, cabe destacar que:

- a) os princípios de administração científica, além de seu efeito no aumento da produtividade, tiveram forte repercussão no âmbito disciplinar. A padronização do trabalho trouxe como efeito a padronização do comportamento da classe trabalhadora, de suas reivindicações e aspirações;
- b) a divisão do trabalho na fábrica, tão bem ilustrada por Charles Chaplin em sua obra-prima cinematográfica **Tempos Modernos**, era rígida e não comunicativa, ao ponto de levar ao extremo o paradigma marxista da "desqualificação/alienação" do trabalho;
- c) por outro lado, ao mesmo tempo em que permitia a produção em massa, ampliando os horizontes do consumo, a padronização da produção tinha efeitos no sentido de organizar o consumo sem permitir soluções personalizadas;
- d) do ponto de vista social, o taylorismo caracterizou-se por ganhos de produtividade pouco incorporados aos salários. Em que pese ao aumento da escala produtiva, a concentração da renda limitava o consumo. O esforço de investimento em produção intermediária consumia boa parte do excedente. Assim, o taylorismo não trouxe grandes avanços sociais para a classe trabalhadora e para a população em geral;
- e) as disputas entre as potências imperialistas por mercados e suprimentos de matérias-primas marcaram o tom desse conturbado período, onde duas guerras envolveram praticamente a totalidade das nações desenvolvidas e muitos países em desenvolvimento. Pode-se dizer que o esforço bélico consumiu boa parte dos recursos que poderiam levar ao crescimento dos mercados em moldes mais distributivos.

Assim, pode-se dizer que **padronização, rigidez distributiva e disciplina nas fábricas** foram características marcantes do mundo do trabalho na regulação taylorista.

Mas foi no âmbito do taylorismo que se desenvolveram as relações necessárias para a sua negação. Um dos grandes mestres da indústria moderna, filho dileto do taylorismo, foi Henry Ford. Proprietário, desde o início do século, de uma das maiores indústrias automobilísticas americanas, Ford aplicou à risca os princípios de organização científica do trabalho, introduzindo a primeira linha de montagem mecanizada para a produção de um automóvel — o seu famoso modelo *T*.

A diferença básica da personalidade de Ford em relação ao "espírito da época" repousava na crença de que a boa qualidade da mão-de-obra era a "alma do negócio". Para

³ Cabe destacar, nesse caso, o nome do engenheiro francês Henri Fayol, que, em 1917, escreveu o livro **A Administração Industrial Geral** com o mesmo intuito dos **Princípios da Administração Científica** escritos por Taylor em 1914. Tais princípios foram traduzidos para os gabinetes da administração pública pelo norte-americano Gullick.

atrair a melhor mão-de-obra, deveria pagar salários melhores do que os vigentes no mercado. Para mantê-la ativa e motivada, precisava satisfazer suas necessidades básicas, como habitação, segurança social, saúde, etc.

Ford foi pioneiro ao introduzir *fringe benefits* em complementação aos salários. Acreditava na possibilidade de seus empregados serem proprietários de bens, como casas e automóveis. Acreditava que, se todos os seus pares pensassem dessa forma, a produção e o consumo não teriam limites, e, provavelmente, também os lucros.

Mas as idéias de Ford só foram definitivamente incorporadas ao "sonho americano" (*american way of life*) e ao ideário das nações desenvolvidas com o fim da Segunda Guerra Mundial. O esforço de guerra ampliou as fronteiras tecnológicas da indústria, fornecendo grandes estoques de inovações a serem incorporadas no processo produtivo.

A forte expansão da produtividade e o crescimento da produção não poderiam ser contidos pela estreita base de consumo da sociedade no âmbito da regulação taylorista. Por outro lado, os laços de solidariedade decorrentes do esforço de guerra e do clamor pela paz colocavam os direitos de cidadania acima dos valores individuais. O crescimento do papel do Estado na manutenção dos direitos sociais de cidadania, como a universalização da educação, da saúde e da assistência social, exigia uma nova e mais robusta estrutura fiscal. Os sindicatos, que foram "aliados" das classes produtoras ao esforço de guerra, exigiam que os trabalhadores se tornassem sócios dos frutos da produção. Salários e impostos mais altos significavam, de um lado, taxas menores de lucro, mas, de outro, realizações promissoras quanto ao crescimento das futuras massas de lucros, propiciado pela expansão da demanda e do poder de compra dos trabalhadores e do Estado.

Todos esses fatores contribuíam para consolidar, não no âmbito individual de cada empresa, mas na estrutura global, o sonho de Ford. Conceitua-se, dessa forma, como **regulação fordista** o período que se inicia com o fim da Segunda Guerra Mundial e se estende até a primeira metade dos anos 70. Também conhecido por consubstanciar os "anos dourados do Welfare State", as mudanças ocorridas nesse período não se encontram respaldadas apenas nas teses reformistas da teoria social.

As políticas econômicas sugeridas pelo keynesianismo reforçaram esses ideais. Afinal, nada melhor do que manter a economia em estado de quase auge constante do que ver a produção sujeita às intempéries e às oscilações na renda dos consumidores. Redistribuindo renda, o Estado mantinha aquecida a demanda, especialmente nos momentos onde o mercado não permitia que o comportamento econômico dos agentes fosse favorável ao lucro.

No que diz respeito ao processo de trabalho, no entanto, não ocorreram grandes transformações no âmbito da regulação fordista em relação à fase anterior. A divisão do trabalho permanecia sendo não comunicativa, e o processo de trabalho continuava parcelizado e alienante. Em que pesem aos fatores como a substancial melhoria dos salários,⁴ o crescimento dos *fringe benefits* nas empresas, a proteção estatal ao desemprego e o advento

⁴ Ver Medici (1992), **Las Fronteras de la Universalización**. Esse ensaio mostra que os salários reais no período 1960-73, nas economias desenvolvidas, cresceu, em média, 5% ao ano.

da teoria comportamentista, que colocava os fatores motivacionais no centro das novas estratégias de administração, o trabalhador dos anos 50 e 70 pouco diferia, em termos de qualificação, do trabalhador dos anos 20, especialmente no que diz respeito ao não-uso da sua criatividade no trabalho e à ausência de participação no processo decisório da empresa.

A regulação fordista trouxe, portanto, uma redistribuição dos frutos do trabalho e da produção, sem alterar essencialmente a natureza do processo de trabalho. As modificações ocorridas no âmbito da produção foram apenas cosméticas; não prosseguiram além da demagogia da valorização do trabalhador e de sua opinião, através de prêmios de produtividade e de caixinhas de sugestões.⁵

Somente o esgotamento do padrão de acumulação taylorista-fordista seria capaz de dar uma reviravolta na natureza do trabalho e na organização da produção. Os anos 70 marcam o início dessa fase.

Desde os anos 70, algo não andava bem na pacífica e promissora ordem mundial instituída no Pós-Guerra. A ruptura do padrão-dólar e a instabilidade nos mercados de moeda estavam refortalecendo, passo a passo, as estratégias defensivas da balança comercial dos países ricos. No início dos anos 70, a entrada dos países em desenvolvimento, como o Brasil, Formosa, etc., no mercado mundial de produtos manufaturados, competindo com a indústria instituída nas nações desenvolvidas, ameaçava o emprego local e criava focos de instabilidade.⁶ A irreversibilidade dessa situação levava esses países a uma revisão de sua base econômica, num contexto onde mudanças drásticas seriam difíceis, dada a enorme quantidade de capital novo investido em velhos processos industriais.

A quadruplicação dos preços do petróleo pelo cartel liderado pela OPEP forçou uma aceleração desse processo de esgarçamento do tecido econômico e social que respaldava a regulação fordista. Com o crescimento dos custos dos insumos importados, essas economias tiveram que aumentar preços, ajustar a produção, recolher menos impostos e desempregar um forte contingente de pessoas em sociedades onde vigorava um pródigo sistema de proteção social.

Sucederam-se aumentos sistemáticos da carga tributária como forma de pagar os encargos decorrentes de uma maior utilização dos sistemas universais de proteção social, como a saúde e o seguro desemprego. Cansados de pagar mais impostos, as classes médias e importantes segmentos das classes trabalhadoras aderiram aos discursos neoliberais que culpavam o gigantismo estatal como o principal fator de elevação dos custos sociais, dos impostos, da recessão e do parasitismo econômico.

Os neoliberais ofereciam em troca a utopia de mercado: uma sociedade onde, reduzindo a ação do Estado praticamente às funções de polícia, se chegaria a um sistema

⁵ Trabalho exemplar sobre a análise das relações salariais da regulação antiga até a crise do fordismo foi o realizado por Coriat (1982).

⁶ Pode-se dizer que os preços internacionalmente competitivos da produção brasileira de aço e calçados levaram algumas cidades norte-americanas a enfrentarem taxas de desemprego superiores a 20% no início dos anos 70.

auto-regulado de oferta e demanda, inclusive no que tange aos direitos universais anteriormente adquiridos. Com isso, seriam restabelecidas a eficiência e a competitividade, afastando o peso nefasto do monopólio estatal e estabelecendo ganhos, a cada um, segundo sua capacidade.

A realidade dos fatos e os ajustes decorrentes das propostas neoliberais foram, no entanto, muito mais complexos, tanto no que tange aos seus impactos nas utopias em xequê (o Welfare State, o socialismo real e o comunismo) quanto no que se refere ao possível desenho das novas utopias.

A crise mundial dos anos 70 e a aceleração da queima de capital por ela propiciada permitiram acelerar o uso e o desenvolvimento de novas tecnologias, baseadas na microeletrônica, na informática e na telemática. Essas novas tecnologias permitem, de um lado, aumentar a produtividade e o giro da vida econômica e, de outro, administrar processos de trabalho mais flexíveis e despadronizados.

A microeletrônica e, mais especificamente, a tecnologia do controle numérico — base e suporte da robótica — permitem produzir "sob medida" com a mesma rapidez e qualidade da "produção em série". Exigem, no entanto, um novo tipo de trabalhador: mais qualificado e criativo, capaz de tomar decisões e de criar soluções próprias para o ambiente de trabalho.⁷

Por outro lado, o esforço de "produzir" vai se tornando cada vez mais banal frente às tarefas de conceber, criar, sistematizar, sensibilizar e vender. Todas essas tarefas fazem com que novos serviços sofisticados, associados ao *marketing*, aos *mass media*, às comunicações e ao tratamento e à sistematização da informação, assumam proporções cada vez maiores dos custos de produção.

Na medida em que a organização industrial se despadroniza e se flexibiliza, com qualidade e rapidez superiores às da "produção em série", os antigos efeitos propiciados pelas chamadas "economias de escala" e "aglomeração" perdem sentido. A rapidez de informação deixa de ser uma decorrência da distância. O tempo homogeneiza-se com o espaço, e ambos comprimem-se. As novas plantas industriais requeridas pela **regulação flexível** podem ser menores ou regionalmente espalhadas. Técnicas de organização da produção, como o *just in time*, permitem que componentes oriundos dos quatro cantos do Mundo possam ser montados num "quinto canto", com eficiência e velocidade superiores à existente numa fábrica fordista.

A despadronização, a redução do tamanho das plantas industriais e a descentralização da produção de componentes têm fortes efeitos no mundo do trabalho, a saber:

- a) a desmobilização da base territorial dos sindicatos e das associações de trabalhadores;

⁷ Ver, sobre esse ponto, Coriat (1988). Segundo esse texto, as modernas indústrias robotizadas exigem do operário: (a) a capacidade de descrever as conexões e as interações dos diferentes elementos do processo de trabalho; (b) a capacidade de assimilação de novos conhecimentos, o que requer a integração de conhecimentos complexos, a compreensão, a organização e a memorização de dados; (c) a plasticidade mental, ou seja, a capacidade de mudar o tipo de raciocínio em função das situações enfrentadas; (d) a flexibilidade, que permite produzir respostas diferentes à mesma fonte de informação (CORIAT, 1988, p. 115).

- b) a redução do assalariamento fordista e o crescimento da terceirização e do trabalho a domicílio;
- c) a redefinição dos critérios de remuneração e a flexibilidade das negociações salariais.

Para esclarecer esses três efeitos, vale a pena explicitar o que ocorreu com boa parte do movimento sindical na transição dos anos 70 aos anos 90. Durante os primeiros cinco anos da crise dos anos 70, os sindicatos tentaram manter a rigidez dos padrões fordistas de negociação de condições de trabalho e salários. Tal fato esteve respaldado nos antigos pactos sociais firmados entre esses segmentos e os governos, em muitos casos sociais-democratas, que garantiam ganhos trabalhistas e salariais para os sindicatos.

A rigidez dos sindicatos e dos Estados levou, de um lado, muitas empresas a sucumbirem diante da crise econômica, enquanto outras tentaram transformar seus métodos de produção e de gerenciamento, adotando soluções como a descentralização espacial da produção e a redução do tamanho das plantas industriais. É evidente que tais efeitos trouxeram um aumento do desemprego, o qual estava segurado pelos mecanismos universais de proteção social do Welfare State. No entanto tais estratégias empresariais acarretaram mudanças radicais na conformidade do trabalho.

No caso de empresas que se transformaram tecnologicamente, ocorreu a contratação de mão-de-obra mais qualificada, transformando o contingente de desempregados num contingente temporário ou permanente de "não empregáveis", dada a defasagem entre a qualificação destes e dos requisitos de conhecimento técnico para os novos postos de trabalho.

No caso de empresas que se descentralizam, ocorreu a desmobilização sindical das antigas bases localizadas em empresas concentradas regionalmente, frente à fraca sindicalização das novas regiões, em geral pouco industrializadas e com baixa tradição sindical. Tal fato tem acarretado, a nível mundial, a falência gradual do sindicalismo como forma de expressão política, tendo em vista que a internacionalização do capital entra em contradição permanente com o caráter regionalmente circunscrito da organização sindical.

Muitas empresas, dada a crescente utilização de processos gerenciais do tipo *just in time*, passaram a não mais utilizar mão-de-obra assalariada, que carregava com ela o pesado fardo dos encargos sociais, em prol do recurso de terceirizar suas tarefas ou contratar serviços na base do "salário por peça".⁸ A contratação de mão-de-obra clandestina tem sido outra forma de rebaixamento de custos da empresa. A empresa

⁸ No Japão, algumas empresas emprestaram pequenos capitais para seus empregados para que comprassem equipamentos e se transformassem em fornecedores privilegiados das empresas onde anteriormente trabalhavam, procedimento este que vem se generalizando em outros países do Mundo. Tal fato, se, por um lado, permite maior autonomia de trabalho dos ex-empregados, que, em geral, passam a trabalhar com o auxílio de familiares ou aprendizes, por outro, permite reduzir os custos e a responsabilidade da empresa com a organização do trabalho. Pode-se dizer que, nos anos 90, a indústria moderna reinventa o *putting out* comentado por Marx (s.d.), onde o capital mercantil subordinava o artesanato e lhe atribuía um salário por peça. Nas atuais condições, é a indústria que passa a exercer esse papel.

flexível moderna é composta de um pequeno núcleo de funcionários de administração, planejamento, controle e montagem, uma periferia próxima de trabalhadores irregulares e uma periferia mais distante de fornecedores terceirizados. Tudo isso temperado com as mais modernas técnicas de administração por qualidade total.⁹

O enfraquecimento do poder dos sindicatos levou, necessariamente, à revisão das condições de negociação salarial. A rígida tendência ao aumento dos salários, independentemente das flutuações cíclicas, foi substituída pela negociação flexível dos salários e pelas condições de trabalho no sentido pró-cíclico. Em troca, seria possível negociar, nos momentos de crise, a manutenção dos empregos.

A regulação flexível marca, ainda, o retorno ao individualismo como forma de expressão social, em detrimento do holismo e da solidariedade, características da regulação fordista. Regiões e cidades mundiais, como Paris e Nova Iorque, baluartes da cidadania e da igualdade dos direitos de povos e etnias durante a modernidade fordista, passam a sofrer restrições étnicas e culturais de extensão da cidadania. Os programas sociais passam a ser cortados seletivamente para os imigrantes ilegais, e os direitos universais são, progressivamente, substituídos por programas assistenciais para pobres, marcando uma grave crise no padrão fordista (Welfare State) de proteção social.

Os programas sociais universais mantidos ou organizados pelo Estado passam, por outro lado, a ser questionados em sua eficiência. O controle estatal vem gradualmente sendo substituído pelo controle do usuário do serviço. O conceito de cidadania/cidadão é transformado no de clientela/cliente, tal qual o formulado pela administração pela qualidade total.

A idéia sólida de progresso em direção a uma sociedade mundial, criada como meta do padrão fordista, é substituída pela desintegração dos espaços unificados sob a égide das grandes potências. A descentralização e a heterogeneidade econômica dão lugar aos conflitos étnicos e ao questionamento dos espaços federativos.

A regulação flexível, a partir da análise de suas características, existe enquanto modo estável de regulação? Poucos se atreveriam a responder, dada a dificuldade de refletir-se sobre o presente, onde os traços ainda são fluidos e as transformações incompletas e contraditórias.

No entanto a crise do fordismo é um fenômeno real. A nova regulação, qualquer que seja ela, já apresenta alguns traços marcantes, como a flexibilidade do trabalho e da gestão; a decadência política de instituições de base organizacional local, como os sindicatos, e a ruptura do padrão fordista de proteção social. Restaria saber como tais características são refletidas na regulação do trabalho em saúde.

⁹ Existe hoje uma vasta literatura a respeito das técnicas de qualidade total, as quais surgiram no Japão, nos anos 50, pela influência de engenheiros e estatísticos norte-americanos, como W. E. Demming e J. M. Juran. Tais técnicas, hoje aplicadas mundialmente, carregam várias características da regulação flexível, tais como a focalização do processo nas prioridades estabelecidas pelo cliente e a valorização do trabalhador como ente criativo e inteligente no interior do processo de trabalho. No entanto poucos textos fazem uma contextualização histórica e social das técnicas de administração por qualidade total. Uma tentativa de realizá-la pode ser vista em Medici e Silva (1992).

3 - A regulação do trabalho em saúde

Os sistemas de saúde têm assumido distintas formas ao longo da sequência de modos de regulação. Existe uma vasta literatura sobre história da saúde, que é capaz de fornecer alguns elementos para a análise. Não procurarei me deter nos detalhes dessas formas. É importante, no entanto, destacar quatro pontos¹⁰:

- a) a saúde tem sido, desde a antiguidade, moeda de troca econômica, haja vista que boa parte da medicina esteve voltada para os segmentos que podiam pagar pela cura e pela longevidade;
- b) a saúde, desde a idade média, foi objeto do poder político de corporações e do domínio de instituições, como o hospital;
- c) a saúde tem sido um dos mais vigorosos campos de aplicação do conhecimento científico e tecnológico, fato que se acelera na modernidade, especialmente no fordismo e na regulação flexível;
- d) a saúde, dados o caráter corporativo de sua organização profissional, sua crescente fragmentação e o esfacelamento de seu campo científico e semântico, tem sido um dos espaços onde a questão da flexibilidade mais tem avançado, tanto em formas de organização empresarial e mercantil como em termos de organização do trabalho e de reprodução ideológica de distintas correntes de pensamento.

Essas características fazem da saúde um capítulo especial, onde os instrumentos do enfoque regulacionista podem ser aplicados de forma a encontrar algumas regularidades. Na regulação antiga, por exemplo, o trabalho e as instituições de saúde repousavam em três pilares: a medicina liberal, as medidas coletivas de prevenção e higiene e o assistencialismo. A medicina liberal era o esteio do prestígio e a fonte de recursos da classe médica que freqüentava as corporações de ofício, as escolas médicas e as casas mais ilustres da nobreza e da burguesia. As medidas de prevenção e higiene eram respostas ao êxodo rural e ao crescimento das cidades que se abarrotavam de pobres sem emprego e sem recursos, vivendo em condições precárias e sujeitos às mais avassaladoras pestilências. O **assistencialismo**, através de instituições públicas ou privadas, religiosas e asilares, buscava dar alguma forma de assistência médica para aqueles que não podiam pagar pela medicina liberal. Contando com o trabalho de voluntários, da enfermagem e das irmandades religiosas, o assistencialismo em saúde respondia às necessidades da população pobre e sem direito de cidadania.¹¹

Com o advento da regulação taylorista, surge uma nova forma de organização do trabalho em saúde, a qual cresce tanto no seio dos serviços estatais quanto no seio das corporações sindicais e das empresas. A forma hegemônica pela qual se organizou a

¹⁰ Esses pontos encontram-se detalhados em Medici (1992).

¹¹ O assistencialismo não foi um fenômeno isolado da saúde nessa época. Toda a política social desse período foi marcada pelo assistencialismo. Uma análise detalhada das fases da política social pode ser encontrada em Braga e Medici (1993).

assistência médica no taylorismo foi o **previdencialismo**, na qual a assistência médica passou a ser uma atribuição dos sistemas de previdência social, organizados e financiados pelos trabalhadores, pelas empresas e pelo Estado. Surgiu, nessa fase, o conceito moderno de hospital, voltado a fazer intervenções em saúde para restabelecer a cura e devolver o indivíduo à sociedade, o que se diferenciava da idéia do hospital enquanto instituição asilar, vigente até a primeira metade do século XIX.

Ao lado das estruturas previdencialistas de atenção à saúde, o Estado organizava e mantinha os sistemas de vigilância sanitária, vacinação e controle dos veículos e vetores de transmissão de doenças infecto-contagiosas. Vale dizer, no entanto, que os sistemas de saúde no âmbito das estruturas previdenciárias estavam voltados somente para o chamado setor "formal" ou para o protegido mercado de trabalho. Os demais contingentes, quando tinham recursos, deveriam pagar pelos serviços, mas, se fossem pobres, teriam que contar com as estruturas assistencialistas residuais ainda existentes.

A organização do trabalho em saúde no âmbito do previdencialismo começou a assumir múltiplas facetas. No caso dos médicos, por exemplo, à prática da medicina liberal nos consultórios particulares somavam-se os empregos nos hospitais e nos estabelecimentos de saúde pertencentes às estruturas previdenciárias. Começam a surgir convênios entre essas instituições e os profissionais médicos, tendo em vista suprir a crescente demanda por serviços de saúde num mundo onde o assalariamento formal e conseqüentemente, a proteção previdenciária tornavam-se regra. No caso das enfermeiras e dos profissionais auxiliares, forjava-se uma hierarquia própria dos serviços de saúde, onde o trabalho médico exercia a liderança e cuidava da administração e da organização do processo.

A passagem da regulação taylorista para a fordista representou nova mudança nos paradigmas de organização dos sistemas de saúde. Em primeira instância porque, com a extensão do assalariamento e os anseios por uma sociedade mais justa e solidária, a partir do Pós-Guerra, as políticas sociais e a atenção à saúde abandonam o estatuto **previdencialista** em prol de uma **cobertura universal**.

Os sistemas de saúde universais passaram a ser, na maioria dos países desenvolvidos, organizados e financiados pelo Estado, sem que houvesse uma lógica contributiva. Enquanto as estruturas sociais previdencialistas eram financiadas basicamente por contribuições sociais de empregados e empregadores, os sistemas universais passavam a ser, de forma crescente, financiados por impostos gerais.

O padrão fordista de organização dos sistemas de saúde apresentou, dessa forma, algumas características peculiares¹², onde cabe destacar:

- a) redes de cobertura universal e gratuita, organizadas e financiadas pelo Estado;
- b) a existência de patamares mínimos de cobertura dos serviços de saúde, os quais foram sendo progressivamente ampliados, na medida em que aumentavam a

¹² Tais características peculiares referem-se à lógica dos sistemas europeus, especialmente de países como a França, a Alemanha, a Inglaterra e, posteriormente, a Itália. Não estou me referindo, portanto, ao caso norte-americano, cuja lógica de organização foi distinta, dado que sua origem repousa nas instituições de seguro e na sua relação com o mercado de trabalho.

opulência da sociedade e a complexidade da oferta e da demanda por serviços de saúde;

- c) a existência implícita de um conflito entre formas públicas e formas privadas de organização dos sistemas de saúde. Em geral, as últimas eram tidas como mercantis e elitistas, não estando voltadas para as necessidades gerais da população;
- d) no entanto o surgimento de sistemas complementares privados, que, pela sua diferenciação e por estarem relativamente distantes da capacidade de regulação estatal, tiveram algum espaço para crescer entre as camadas de maior renda e entre algumas empresas;
- e) na maior parte dos países europeus vigorou a tendência a que os sistemas públicos fossem centralizados e unificados em uma rede de abrangência nacional, como ocorreu na França, na Inglaterra e na Alemanha.

Mesmo nos Estados Unidos da América, onde a tradição previdencialista não foi organizada pelo Estado, dando margem ao desenvolvimento de um sistema de saúde baseado nas instituições de seguro saúde e nas *Health Maintenance Organizations* (HMO), financiadas pelas empresas e pelos trabalhadores, surgiram, nos anos 70, sistemas públicos como o *Medicare* e o *Medicaid*, voltados para cobrir o atendimento médico a populações carentes e a idosos que não tinham nenhuma forma de acesso aos serviços de saúde.

Portanto, seja de forma absoluta, como no caso da Europa, seja de forma residual, como nos Estados Unidos, a universalização dos sistemas de saúde foi a tendência marcante na organização da atenção médica durante o fordismo.

A crise da regulação fordista trouxe seqüelas à perspectiva de manutenção dos sistemas universais de saúde. Além dos fatores gerais responsáveis pela crise do fordismo, já mencionados anteriormente neste trabalho, alguns fatores específicos podem ter contribuído para pôr a universalização em xeque, cabendo mencionar:

- a) os custos crescentes dos sistemas de saúde, provocados por distintos fatores, como a progressiva extensão horizontal e vertical de cobertura, o envelhecimento da população e o progresso técnico em saúde.¹³ Esses altos custos levaram vários Estados nacionais a repensarem suas estratégias de cobertura e de financiamento da saúde;

¹³ Quanto ao envelhecimento da população, vale destacar que o custo do atendimento médico da população de terceira idade é substancialmente maior do que o relativo às populações infantil e adulta. No que se refere ao progresso técnico em saúde, vale comentar que sua associação a processos de fluxo descontinuo, como é o caso dos meios de diagnóstico, não produz o mesmo efeito de reduzir o custo pela eliminação do trabalho. Nesse sentido, o progresso técnico em saúde pode até melhorar a qualidade dos diagnósticos e a precisão das intervenções médicas, mas dificilmente leva a uma redução de custos. Todos esses fatores fazem com que o ritmo de elevação dos custos em saúde seja maior que as taxas de inflação observadas nos países desenvolvidos, nos últimos 20 anos. Sobre esse assunto, ver Medici (1990).

- b) a tendência mais recente à descentralização do atendimento à saúde como resposta ao insuficiente papel dos sistemas centralizados em promover a equidade. Vale destacar, no entanto, que o sistema de saúde italiano, embora tenha passado por uma descentralização desde o início dos anos 70, não tem logrado muitos êxitos em reduzir as desigualdades no acesso ao sistema;
- c) a rigidez das formas operacionais de gestão do sistema, característica das administrações fordistas, que não propiciavam a flexibilidade necessária para encontrar soluções despadronizadas para cada problema. Os custos administrativos cresciam assustadoramente, enquanto a eficiência e a resolutividade do sistema caíam;
- d) a acomodação do corpo de funcionários do sistema, que, sob o guarda-chuva da estabilidade do emprego público — característica do fordismo — tinham poucos estímulos econômicos para responder aos desafios colocados pela crise, como a necessidade de contenção de custo e, simultaneamente, atender a uma clientela com problemas de saúde agravados pelo envelhecimento e pelo *stress* trazidos pela crise;
- e) ao lado disso tudo, apresentava-se a tendência à deterioração dos salários no setor, em função da crise, fazendo com que os profissionais de saúde fossem buscar no mercado novas alternativas de sobrevivência.¹⁴

Todos esses problemas trouxeram a perspectiva de ajustes, na busca de uma nova configuração dos sistemas de saúde nos países desenvolvidos. Assim, a administração flexível trouxe novos desafios, que passaram a questionar os meios pelos quais se galgava a universalização. Com isso, surgiram novas soluções no horizonte da crise. Dentre elas, cabe destacar as que parecem mais evidentes no discurso e na prática dos países centrais:

- reduzir o envolvimento direto do Estado com a prestação de serviços de saúde, bem como seu financiamento, criando estímulos de mercado ao consumo de serviços de saúde. A idéia básica que alimenta essa afirmação consiste no fato de que o Estado, quando presta serviços, não zela pela qualidade e pela eficiência porque é parceiro e cúmplice do fracasso. Esses foram, basicamente, o discurso e a estratégia utilizados no Governo Reagan, nos Estados Unidos;
- descentralizar o sistema e estimular a sociedade a atuar como agente no planejamento, no controle e na fiscalização do sistema de saúde. Algo similar foi adotado na Inglaterra, recentemente, como forma de aprimorar o modelo descentralizado de *general practicers* (médicos de família) já existente naquele contexto. A solução seria deixar de remunerar o médico de família por ato médico e atribuir a ele um orçamento, no qual ele terá que maximizar o cuidado e o atendimento médico de uma dada clientela por ela captada. Esse orçamento seria menor, caso

¹⁴ Embora o multiemprego de profissionais de saúde tenha sido apontado como uma solução latino-americana para a deterioração salarial, muitos países desenvolvidos, especialmente a periferia européia, passando pela Espanha, por Portugal e pela Itália, tiveram problemas semelhantes nos anos 70 e 80. Ver sobre esse ponto o livro de Campos (1983).

sua clientela ficasse insatisfeita com seus cuidados e decidisse trocar de médico. No entanto, conquistada a clientela correspondente ao teto orçamentário, a remuneração do médico seria mais elevada se ele conseguisse, mantendo os padrões de qualidade no atendimento, incorrer em menores custos operacionais;

- autonomizar o processo de gestão pública dos estabelecimentos de saúde, mantendo, no entanto, a propriedade estatal do mesmo. O Estado faria um "contrato de serviço", no qual a gestão dos meios passaria a ser responsabilidade dos funcionários do estabelecimento de saúde, a partir da fixação de um dado orçamento. O Estado apenas fiscalizaria o atingimento dos fins estipulados (satisfação do usuário, por exemplo), a partir do acompanhamento de uma bateria de indicadores (painel de bordo). Essa foi a solução adotada no âmbito das reformas francesas dos sistemas de saúde;
- outra solução seria limitar tetos de cobertura, estabelecendo um sistema de três camadas. O nível central de governo, ainda que não executasse diretamente os serviços, ficaria responsável pelo financiamento de um "modelo básico" de assistência, incluindo as ações de vigilância sanitária e epidemiológica e garantindo um padrão mínimo de atendimento. O nível local de governo poderia, a partir de seus recursos próprios, fornecer uma assistência adicional para atendimentos complementares. Por fim, um terceiro nível (suplementar), organizado exclusivamente por instituições privadas, seria financiado adicionalmente pelas empresas ou pelos indivíduos, cobrindo ações mais sofisticadas ao nível de hotelaria, atendimentos para fins estéticos, etc.

Uma questão que parece comum a todas as reformas é a necessidade de uma dedicação exclusiva do profissional de saúde ao modelo assistencial escolhido. Ficou comprovado que o multiemprego, para os profissionais de linha, tem acarretado sérios prejuízos para a eficiência do sistema e levado ao excesso de contratações, além de a custos demasiados. Outra questão diz respeito aos salários, os quais devem ser determinados de forma flexível, isto é, segundo a capacidade de obter recursos ou de economizar meios, regra que vale tanto para a gestão pública como para a gestão privada dos estabelecimentos de saúde.

Quais as conseqüências que têm sido trazidas por essas soluções encontradas, no âmbito da regulação flexível?

No caso da solução norte-americana, vale dizer que seu fracasso tem sido retumbante. A Gestão Reagan do sistema de saúde deixou como herança, para 1992, um gasto com saúde global de US\$ 780 bilhões, dos quais 1% da população utiliza 29%, e 37 milhões de pessoas se encontram totalmente desassistidas. Os custos financeiros e a administração das companhias de seguro absorvem mais de 30% dos custos do sistema. Não é por outro motivo que o Governo Bill Clinton se elegeu levantando a reforma do sistema de saúde como uma de suas principais bandeiras.¹⁵

¹⁵ Dentre as estratégias que estão sendo pensadas para a reforma do sistema norte-americano, uma delas é a chamada estratégia de "mercado administrado", desenvolvida por Alain C. Enthoven, a qual consiste em aumentar a capacidade de regulação e de fiscalização do Estado e pagar um valor *per capita*/ano para que cada habitante escolha a HMO de sua preferência. Aqueles que se tornarem insatisfeitos trocarão de HMO e levarão seu *per capita* para a nova HMO escolhida. Ver Enthoven (1979)

A solução inglesa, embora não se tenha ainda uma avaliação, dado que o sistema ainda está sendo implantado, leva à observação de que a sociedade também se organiza desigualmente, cobrando de forma distinta do agente prestador de serviços de saúde. A distribuição da consciência e da capacidade de reivindicação pode ser tão desigual quanto a distribuição da renda ou dos atributos de educação. Assim, os diferenciais de consciência e o ativismo comunitário podem contribuir para a determinação dos diferenciais de cidadania, atuando no sentido oposto ao dos que defendem a participação política como panacéia para a homogeneização das condições sociais.

A observação dos resultados da experiência francesa permite destacar que a autonomização das instituições públicas pode não trazer os resultados esperados sem que haja um investimento prévio em treinamento e em qualificação da força de trabalho em técnicas modernas de gerenciamento como a administração por qualidade total.¹⁶ Além do mais, o tempo de maturação dessas estratégias pode ser muito longo, inviabilizando o *timing* que os políticos necessitam para suas estratégias de sobrevivência eleitoral.

A solução canadense, no entanto, parece ter sido a mais adequada, na medida em que gera menos conflitos, embora exija um piso mínimo de comprometimento do gasto público e o papel fiscalizador e regulador do Estado na extensão e na qualidade da cobertura.

Seriam essas soluções adequadas para os países em desenvolvimento?

4 - Regulação e saúde no Brasil

O enfoque regulacionista tem aplicado o conceito de modo de regulação à luz da realidade vivida pelos países centrais. Pouca preocupação tem sido demonstrada com a realidade vivida pelos países em desenvolvimento. Um dos autores franceses que tem se voltado mais para a realidade do Terceiro Mundo é Alain Lipietz (1988), que, embora tenha como ponto de partida o conceito marxista de determinação em última instância,¹⁷ procurou interpretar as formas concretas de regulação assumidas na periferia capitalista.

¹⁶ Cabe comentar que a experiência de implantação dos contratos de gestão e de serviço na França foi acompanhada por um maciço treinamento de funcionários em todo o território nacional, administrada pelo mestre japonês Ishikawa, um dos especialistas em gestão por qualidade total.

¹⁷ Segundo Marx, as determinações em primeira instância são aquelas que ocorrem ao nível concreto da formação social específica. No entanto elas estão subordinadas às chamadas determinações em última instância, isto é, aquelas que se referem à dinâmica central do modo de produção, a qual é conduzida pelo movimento das economias líderes, que, na dinâmica mundial, subordinam a periferia. Nessa perspectiva, embora possa haver uma assincronia temporal entre as formas de regulação assumidas pelas regiões periféricas em relação aos países centrais, há uma predominância funcional dos últimos sobre as primeiras.

Na dinâmica dos países em desenvolvimento, Lipietz introduziu dois conceitos: o de **taylorização primitiva** e o do **fordismo periférico**. Esses conceitos, na medida em que entram em choque com as tradicionais formas de interpretação da dinâmica econômica do desenvolvimento, têm sido questionados fortemente por várias escolas de pensamento, seja no centro, seja na periferia. Mesmo no seio dos próprios regulacionistas, não há consenso sobre a validade das categorias criadas por Lipietz. Nesse sentido, a referência aqui expressa ao autor é meramente ilustrativa e não revela uma concordância com os conceitos formulados.

Lipietz chama de **taylorização primitiva** o processo através do qual os capitais internacionais, associando-se ou não ao capital nacional, se deslocam para a periferia investindo em determinados ramos/setores, na busca de situações onde ocorre uma alta taxa de exploração (baixos salários e jornadas de trabalho mais intensas), tendo em vista a reexportação da produção para os países centrais. Há, nesse caso, o benefício trazido pelas condições de superexploração locais frente a menores custos na colocação dos produtos no mercado mundial.

O autor exemplifica sua categoria com a dinâmica dos países do Sudeste asiático, especialmente em setores como o têxtil e a microeletrônica, onde as zonas francas da Coreia e de Taiwan, ou ainda os "Estados-feitorias", como Singapura e Hong Kong, seriam a melhor ilustração dessa estratégia. A generalização desse modelo nos anos 80 parece ser aceita pelo autor, onde até regiões como a Zona Franca de Manaus poderiam ser abrangidas pelo conceito.

Lipietz justifica logicamente seu conceito a partir de duas características:

- a) trata-se mais de taylorismo do que de fordismo, porque aquilo que é deslocado são estações de trabalho parcelizadas e repetitivas, embora não conectadas através de um sistema automático de maquinaria. A composição orgânica de capital (ou a quantidade de capital empregada por trabalhador) é baixa, e a maior parte da força de trabalho é constituída por mulheres e jovens, e mal-remuneradas;¹⁸
- b) como na acumulação primitiva européia (séculos XVI a XVII), essa lógica objetivava extorquir a mais-valia de uma mão-de-obra que ninguém estava preocupado em reproduzir regularmente.

O outro conceito trabalhado por Lipietz, no que tange aos modos de regulação da periferia — o de **fordismo periférico** —, corresponde à realidade dos Estados nacionais, herdeiros de uma política de substituição de importações (Brasil e

¹⁸ Nas zonas francas asiáticas, o salário-hora de 80% das operárias era inferior a US\$ 1,50. Por outro lado, 90% das operárias tinham menos de 30 anos, e 50%, menos de 20 anos. Quando atingem mais de 30 anos, engravidam ou começa a faltar-lhes acuidade visual, a demissão é certa, sendo praticamente impossível a reinserção no mercado. A ausência de sistemas de seguro social levava, nos anos 60 e 70, boa parte das desempregadas ao mercado de trabalho informal e, até mesmo, à miséria e à prostituição. Acredita-se, no entanto, que, com o vertiginoso crescimento econômico desses países, tal situação tenha se revertido nos anos 80.

Argentina), da exploração de reservas naturais abundantes, como o petróleo (México, Venezuela), ou, ainda, da decorrência anterior de uma fase de taylorização primitiva (Coreia nos anos 80).

Nesses países, a afluência de capitais locais autônomos, classes médias urbanas afluentes e segmentos experientes e organizados da classe trabalhadora criam a dinâmica do fordismo periférico. Trata-se, nesse caso, de um fordismo autêntico, com um verdadeiro processo de mecanização, acumulação intensiva e crescimento de mercados de bens duráveis de consumo. No entanto ele permanece periférico dada a sua inserção periférica nos circuitos mundiais dos ramos produtivos. As etapas mais qualificadas e tecnologicamente mais densas dos processos de trabalho modernos permanecem exteriores a esses países.

Ao mesmo tempo, no fordismo periférico, há um crescimento insuficiente do mercado interno de produtos manufaturados, fazendo com que a exclusão social seja de grandes proporções, em contraposição ao que ocorre nos países onde vigorou o fordismo central. Também é notável, nesse caso, a incapacidade do Estado em fornecer a ampliação dos limites de cidadania existentes no fordismo central. Nesse sentido, as políticas previdencialistas ficam restritas ao mercado formal, e a universalização das políticas de saúde, ainda que proposta e legalmente aceita, é, na prática, uma utopia.

Os direitos sociais conquistados no fordismo circunscreveram-se, no Brasil, apenas ao segmento formal do mercado de trabalho. Isso não significa que, no Brasil, não tivesse ocorrido um encaminhamento no sentido de montar um Welfare State periférico que apontasse em direção à universalização das políticas sociais. Essa intenção de implantar um progressivo sistema universalizado de acesso esbarrou, no entanto, em alguns impedimentos de ordem institucional. No caso do setor saúde, por exemplo, podemos encontrar pelo menos três etapas a partir dos anos 70, descritas a seguir.

4.1 - Anos 70: as soluções de extensão de cobertura

As soluções para a universalização tentadas ao longo do centralismo autoritário pós 64 foram, dentre elas, a criação do INAMPS em 1967, que, ao unificar a assistência médica dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), permitiu estender a cobertura para todo o mercado de trabalho formal, incluindo aqueles segmentos autônomos ou informais que, por opção, desejassem se filiar ao sistema.¹⁹

Em 1974, tem-se a criação de programas, como o Programa de Pronto Ação de Previdência Social (PPA), que estendeu o atendimento de urgência médica (serviços

¹⁹ É importante mencionar que, na fase dos institutos, nem todo o trabalhador formal estava protegido pelos sistemas de previdência social. A unificação da Previdência, em que pese a ter sido possível num governo autoritário, dado o impedimento trazido pelo corporativismo foi um passo importante e necessário no caminho da extensão de cobertura dos serviços de universalização.

próprios ou privados contratados) a todos os indivíduos do território nacional, independentemente de comprovação de filiação à instituição previdenciária. Também, nessa mesma época, foi criado o Fundo de Amparo ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), no âmbito do Ministério do Trabalho e Previdência, destinado, entre outras coisas, a prestar atendimento médico ao trabalhador rural, independentemente deste estar vinculado à Previdência Social.

A extensão da assistência médica, especialmente para as populações pobres de regiões como o Nordeste, dependia da expansão da rede de serviços de saúde. Nesse âmbito, foi criado, ao final da década de 70, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o qual expandiu fortemente a capacidade instalada para os programas de saúde nos anos 80. Redes como o PIASS, no entanto, não poderiam ser operadas centralizadamente pelo INAMPS. Ao mesmo tempo, os estados e os municípios não tinham recursos próprios para contratar pessoal e para manter em funcionamento os novos serviços ambulatoriais criados pelo PIASS. Esse impasse só foi resolvido a partir de 1983, com o advento dos programas de descentralização de saúde.

Ao longo de toda a fase da extensão de cobertura, a regulação do trabalho em saúde não apresentou grandes problemas. Os salários pagos pelo INAMPS eram adequados a uma dedicação quase exclusiva, embora muitos médicos já praticassem o multiemprego, seja em seus consultórios, seja nos hospitais privados.

Ao mesmo tempo, havia o diagnóstico da "insuficiência de médicos", fato que levou a um grande estímulo à expansão das escolas médicas e a uma explosão de crescimento do mercado de trabalho médico nos anos 70,²⁰ criando uma expectativa de escassez favorável aos altos salários para a classe médica.

Vivia-se um clima onde o assalariamento não era pleno e a dominância da ideologia liberal forjava o ritmo, a intensidade e a ética do trabalho médico. Aliás, desde que o crescimento da assistência médica pública passou a ameaçar o estatuto do liberalismo profissional, esses profissionais encontraram canais para resistir ao assalariamento. A Associação Médica Brasileira (AMB), por exemplo, foi um dos bastiões do liberalismo na medicina e, em momentos históricos, teve papel decisivo na organização do sistema de saúde no Brasil.²¹

A proposta de Pedro Kassab, ex-Diretor da Associação Médica Brasileira, para as alterações na regulação do trabalho nos serviços de assistência médica do INAMPS na virada dos anos 80 repousava em três premissas básicas: o co-pagamento do paciente pelo ato médico sempre que esse tivesse condições sócio-econômicas para tal, a possibilidade de qualquer médico prestar serviços ao INAMPS e o direito de livre escolha do profissional médico pelo paciente (KASSAS, 1981). Pode-se dizer que pelo menos dois desses pontos estavam em prática na organização do trabalho médico do INAMPS nos anos 70.

O co-pagamento chegou a ser uma realidade para os pacientes que, no interior dos estabelecimentos públicos ou privados conveniados, desejassem uma atenção diferenciada. Como esses, por questões sócio-econômicas, tinham mais conhecimentos entre a classe

²⁰ Entre 1970 e 1980, o número de profissionais de saúde no Brasil cresceu 93,8%, o de profissionais de nível superior cresceu 106,1%, e o de médicos, 125,6%. Uma análise da dinâmica do mercado de trabalho médico no Brasil dos anos 70 pode ser vista em Medici (1985).

²¹ Ver, sobre esse ponto o brilhante artigo de Nogueira (1984)

médica, passaram, num determinado momento, a monopolizar a lógica da organização dos serviços, ficando a atenção aos pacientes de baixa renda, que não pagavam adicionalmente, organizada de forma residual. A "passividade" da demanda das classes de mais baixa renda permitiu, assim, que o sistema de saúde permanecesse organizado de forma elitista, em que pese a todos os esforços e programas no sentido da extensão de cobertura e da universalização.

Nos anos 70, o INAMPS também manteve um sistema de livre acesso dos médicos à contratação. A enorme lista de médicos credenciados pelo referido órgão, que chegou a abranger mais de 70% de todos os médicos do País, e a relativa facilidade dos critérios de credenciamento médico faziam com que não houvesse barreiras legais para que qualquer médico pudesse prestar serviços ao INAMPS.

De qualquer forma, as premissas básicas de Pedro Kassab permitiam que a própria classe médica, a partir de suas corporações e organizações, exercesse o poder de regulação do trabalho médico e, por extensão, dos estabelecimentos de saúde.

As soluções de extensão de cobertura, portanto, encontravam-se em contradição com o modelo de regulação do trabalho em saúde ao final dos anos 70 e início dos anos 80. Seria necessário alterar esse modelo, tendo em vista submeter o trabalho em saúde à lógica do assalariamento e da adstrição "loco-institucional" de clientela, como forma efetiva de estender a cobertura e garantir o acesso para as regiões e setores populacionais excluídos do sistema pela organização seletiva do trabalho propiciada pelo ideário liberal.

4.2 - Anos 80: as soluções descentralizadas

Desde meados dos anos 80 que a administração central do INAMPS vinha tentando soluções para expandir a cobertura das ações de saúde. A rede PIASS, instalada na passagem para os anos 80, deveria ser posta em funcionamento, mas estados e prefeituras careciam de recursos para tal. A criação do Conselho de Administração da Assistência Médica da Previdência Social (CONASP) promulgou as diretrizes básicas da descentralização das ações de saúde, as quais foram implementadas com o advento do Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS)²² em 1983-85. Posteriormente, já na Nova República (1986-87), foram criadas e implantadas as diretrizes de funcionamento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Ambos os programas, em que pese a algumas diferenças operacionais, tinham por objetivo injetar os recursos do INAMPS nas administrações públicas estaduais e municipais, gerando condições para aumentar a eficiência e a cobertura dessas redes.

Como esses programas foram implementados em meio a uma forte crise econômica, os recursos para a descentralização eram incompatíveis com a manutenção

²² Existe ampla e farta literatura sobre essa fase da política de saúde, de forma que só vou tentar explorar os traços que podem auxiliar a lógica deste documento.

da rede privada credenciada, voltada para o atendimento da classe média e da clientela oriunda do mercado formal de trabalho.

A opção pela transferência de recursos para estados e municípios trouxe forte esvaziamento dos repasses para o setor privado contratado. Com a queda da qualidade da rede pública conveniada, as empresas e a classe média passaram a buscar no mercado da medicina supletiva²³ as soluções para sua própria assistência médica. Esse mercado teve forte crescimento nos anos 80, passando a apresentar faturamento equivalente a um terço do INAMPS e cobrindo um quarto da população brasileira, conforme estimativas para 1989.

Restaria saber se a descentralização trouxe resultados efetivos. À primeira vista, os dados da segunda metade dos anos 80 mostram uma melhoria do quadro de cobertura de saúde da população brasileira. O número de atendimentos de saúde *per capita* (consultas médicas, odontológicas, atendimentos elementares, etc.) subiu de 3,51 para 5,53 entre 1985 e 1990.

Tal elevação ocorreu, de forma diferenciada, em todas as regiões do País. Os recursos gastos pelo setor também tiveram forte crescimento ao longo do período. Entre 1983 e 1989, os gastos federais com saúde passaram de US\$ 5,7 bilhões para US\$ 11,3 bilhões, e os gastos das esferas locais de US\$ 2,4 bilhões para US\$ 6,5 bilhões, incluídas as transferências federais no âmbito da descentralização.²⁴

Há evidências, no entanto, do aumento da heterogeneidade regional da eficiência do sistema, fato que ocorre em processos de descentralização, quando não há uma clara orientação global para reduzir eventuais regressividades naturalmente emergentes, em função de diferenças de potenciais previamente existentes, relacionadas à capacidade instalada e aos recursos humanos.

Do ponto de vista da regulação do trabalho, vale dizer que a descentralização não foi acompanhada de um modelo gerencial que fosse capaz de organizar o trabalho no âmbito local. A multiplicidade de formas públicas e superpostas de trabalho em saúde não propiciou o controle dos serviços, o que, na ausência de formas articuladas de controle social, acarretou menor eficiência e qualidade, em que pese à expansão de cobertura. A queda de qualidade foi fenômeno visível, particularmente nas regiões metropolitanas, dado que nas cidades pequenas e médias, pode ser observada uma melhoria da qualidade do sistema.

As crises econômica e fiscal acarretavam constantes perdas salariais para médicos e outros profissionais de saúde no setor público. Estes, dada a ausência de controles, compensavam as perdas salariais com a expansão do multiemprego, particularmente na assistência médica supletiva privada, que crescia com a crise da qualidade dos serviços do INAMPS.

Mas, até 1988, o diagnóstico das autoridades públicas não era negativo em relação aos progressos trazidos com a descentralização. Dessa forma, surge com a Constituição de 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto continuidade da referida estratégia.

²³ Conceitua-se como medicina supletiva no Brasil o setor composto pelas modalidades organizacionais de Medicina de Grupo, Cooperativas Médicas, Seguro Saúde e Planos Auto-Administrados pelas empresas. Esse setor não presta serviços ou recebe recursos do INAMPS.

²⁴ Ver, sobre esse ponto, Medici (1993).

4.3 - A regulação do trabalho no SUS

Diferentemente do caminho traçado pelos países centrais, o SUS não foi uma solução flexível para os problemas de saúde. A intenção foi que o SUS representasse o mais elevado baluarte do fordismo no Brasil, no campo da saúde, a partir de uma proposta explícita de universalização de cobertura. No entanto pode-se dizer que o SUS representou um fordismo heterodoxo, dado que a descentralização da gestão não é uma solução encontrada no paradigma fordista de organização das políticas sociais.

Assim, consagrando parte das experiências anteriores, o SUS tentou implantar um sistema de transferência de recursos federais que permitisse, de forma automática, financiar as ações de saúde das esferas locais de governo, entregando a estas o bastão da gestão administrativa do sistema e encarregando o Governo Federal de tarefas normativas, de fiscalização e de promoção da equidade entre estados e regiões.

Dois grandes problemas, com certo grau de ligação, atravessaram as soluções preconizadas pelo SUS: o primeiro deles foi a crise econômica que se instalou a partir de 1990, e o segundo foi a gestão desastrosa do sistema de saúde ao longo dos Governos Collor e Itamar Franco²⁵.

Quanto à crise econômica, vale dizer que ela foi alimentada por uma estratégia de ajuste nos gastos públicos feita pelo Governo Collor de Mello. Entre 1989 e 1992, o gasto federal com saúde despencou de US\$ 11,2 bilhões para US\$ 6,5 bilhões. Ao mesmo tempo, a criação de regras rígidas de repasse de recursos para os estados e municípios impediu que muitas esferas locais cumprissem os requisitos necessários para receber recursos, dando margem a repasses clientelistas e negociados entre o Governo Federal e as esferas locais de governo, especialmente os municípios.

Os valores pagos pela prestação dos serviços realizada pelos estabelecimentos públicos e privados através da AIH têm caído ao longo dos anos, encontrando-se muito aquém do que deveria ser pago para cobrir os custos das principais enfermidades do País. A inflação setorial acirra ainda mais essa defasagem. Com isso, tornou-se corriqueiro o uso de fraudes (inclusive nos estabelecimentos públicos que agora recebem através da AIH) como estratégia de sobrevivência de médicos e de estabelecimentos de saúde.

Com a transformação dos recursos da saúde em moeda de troca política, enfraqueceram-se o papel das Secretarias Estaduais de Saúde e, conseqüentemente, os laços de regulação do trabalho em suas esferas de competência, dando continuidade ao processo de sucateamento gerencial do sistema.

Os estabelecimentos de saúde (públicos e privados), embora recebessem diretamente em sua conta os recursos relativos a AIHs correspondentes aos serviços prestados, não tinham autonomia para implantar regras flexíveis de gestão e regulação do trabalho, tais como:

- a) políticas de recursos humanos independentes e adaptadas às suas condições e especificidades que possibilitem contratar e demitir pessoal sem as rédeas impostas pela estabilidade;

²⁵ Pode-se dizer que, em certo sentido, o Governo Itamar Franco é refém dos problemas gerados ao longo do Governo Collor, assim como foi a gestão do Ministro Adib Jatene em relação à do Ministro Alcení

- b) gestão autônoma do orçamento e do programa de investimento em suas unidades próprias de saúde;
- c) obtenção de recursos adicionais junto à comunidade, seja através de venda de serviços, seja mediante convênios com a medicina supletiva, por exemplo;
- d) implantação de programas de treinamento e capacitação de pessoal que permitam criar estratégias gerenciais como a gestão pela qualidade total, no sentido de priorizar o cliente/usuário e acompanhar, através dos indicadores pertinentes, resultados no campo da melhoria da qualidade dos serviços.

Dados esses problemas, pode-se dizer que a questão da autonomia de gestão dos estabelecimentos de saúde tem aparecido como uma das estratégias de restabelecer laços consistentes de regulação do trabalho no setor. Mas a autonomia de gestão, sem a solução de questões prévias associadas a aspectos éticos e sociais da prática médica, poderia não levar a bons resultados.

A sociedade brasileira carece de uma série de transformações sociais, éticas e econômicas, muitas das quais estão longe do âmbito do setor saúde, embora se encontrem na dependência de estabelecer as regularidades necessárias para um novo modo de regulação.

Questões como crescimento econômico, estabilidade e distribuição de renda são essenciais para romper o círculo vicioso da crise do fordismo periférico brasileiro e para se ingressar na acumulação flexível numa sociedade mais equitativa.

Bibliografia

- BOYER, R. (1986). *La théorie de la regulation: une analyse critique*. Paris: La Decouverte.
- BRAGA, J. C.S, MEDICI, A. C. (1993). *Política social e dinâmica econômica: elementos para uma reflexão*. São Paulo: IESP/FUNDAP. (mimeo).
- CAMPOS, A. C. (1983). *Saúde: o custo de um valor sem preço*. Lisboa: Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos.
- CORIAT, B. (1982). *L'atelier et le chronomètre: essai sur le taylorisme, le fordisme et la production de masse*. Paris: Christian Bourgois.
- CORIAT, B. (1988). *A revolução dos robôs: o impacto sócio-econômico da automação*. São Paulo: Busca e Vida.
- ENTHOVEN, A. C. (1979). *Health plan: the only practical solution to the soaring cost of medical care*. Addison-Wesley Publishing.
- KASSAB, P. (1981). Alterações na assistência médica. *Revista da AMB*, São Paulo, v.27, n.8, set.
- LIPETZ, A. (1988). *Miragens e milagres: problemas da industrialização no terceiro mundo*. São Paulo: Nobel.

- MARX, Karl (s.d.). **O capital**. s.n.t. liv.I, cap.23.
- MEDICI, A. C. (1990). Financiamento e contenção de custos nas políticas de saúde: tendências atuais e perspectivas futuras. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília: IPEA, n.4, p.83-98, dez.
- MEDICI, A. C. (1991). Estado, regulação e fiscalidade: uma abordagem introdutória. **Ensaaios FEE**, Porto Alegre, v.12, n.1, p.86-100.
- MEDICI, A. C. (1992). Las fronteras de la universalización: el dilema de la política social hacia fines de siglo; notas para una discusión. **Cuadernos Médicos Sociales**, Rosário, Arg., n.60, jun.
- MEDICI, A. C. (1992). Saúde e crise da modernidade: caminhos, fronteiras e horizontes. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo: USP/FSP, v.1, n.2, p.49-78.
- MEDICI, A. C. (1993). **Gastos em saúde nas três esferas do governo**. São Paulo: FUNDAP/IESP. (mimeo).
- MEDICI, A. C. , SILVA, P. P. B. (1992). **A administração flexível**: uma introdução às novas filosofias de gestão. São Paulo: FUNDAP/IESP.
- MEDICI, A. C. (1985). Estrutura e dinâmica do mercado de trabalho médico, no Brasil, dos anos setenta. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro: FGV, v.19, n.2, p.31-79, abr./jun.
- NOGUEIRA, R. P. (1984). A ideologia médica neoliberal; apontamentos para um estudo. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro: CEBES, n.15/16, p.44-47, fev.

Abstract

This article intends to describe the relation between health labour market and economic development with the approach of regulation theory. The first section presents some concepts and analytical instruments of regulation theory. The second section describe the main characteristics of labour markets regulation on twenty century. The two last sections focuses the problem of health labour market in developing countries, specifying the brazilian case.