

NOTAS DE AULA SOBRE A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

NOTES ABOUT EVOLUTION OF HEALTH POLICY IN BRAZIL

Luís César Souto-de-Moura¹

Gisela Maria Schebella Souto-de-Moura²

RESUMO

Este trabalho é uma revisão histórica sobre as políticas de saúde no Brasil, abrangendo desde a época da vinda da família Real portuguesa ao país até os dias atuais. Para tanto buscou-se, através de uma contextualização amparada em fatos histórico-sócio-políticos, a fundamentação necessária para a melhor compreensão dos rumos das políticas de saúde no Brasil.

UNITERMOS *políticas de saúde no Brasil, revisão histórica*

1 INTRODUÇÃO

O que hoje conhecemos como políticas públicas ou políticas sociais públicas, são aquelas atividades de interesse comum em que o Estado detém o controle, e por vezes o monopólio, estando assim muito suscetíveis aos interesses de grupos, movimentos sociais, organizações políticas e econômicas. Os melhores exemplos de políticas sociais públicas são: educação, saúde, segurança pública, habitação, meio ambiente e transportes.

Para falar em políticas de saúde, tem-se que ter claro e constituído um Estado. Sendo assim, não se pode falar de políticas de saúde no Brasil antes da Independência e da constituição de um verdadeiro Estado brasileiro.

Este trabalho tem por objetivo proceder uma revisão histórica simplificada e objetiva para, de forma instrumental, contextualizar a questão saúde nas diversas conjunturas da história do Brasil. Serão abordados aspectos políticos, fundamentalmente, mas também aspectos sociais destas conjunturas.

2 ANTECEDENTES

A vinda da família real portuguesa para o Brasil colônia, no começo do século XIX, estabelece o ponto de partida para a organização de uma incipiente estrutura administrativa, de uma burocracia colonial no país. Isto representava, nada mais do que, a reprodução do sistema vigente na matriz.

A primeira regulamentação sanitária de que se tem notícia é o "Regimento do Físico-mor do Reino"³ português, cuja primeira versão data de 1496 (Pires, 1989, p.44). Este documento estabelecia as funções e atividades do físico e do cirurgião-mor⁴. Por este instrumento se regiam também a concessão de licenças e habilitações; a revalidação de diplomas emitidos em países estrangeiros, fiscalização de boticas, boticários e do comércio de drogas; autorização para publicação de obras hipocráticas, entre outros assuntos.

No século XIX também podemos citar os poderes que as câmaras de vereadores detinham de determinar: locais para construção de fossas, a limpeza ao redor dos muros das vilas, a construção de fontes públicas e a canalização de águas de boa procedência; a determinação de locais para o confinamento dos doentes contagiosos – leprosos – e o estabelecimento de penalidades para os infratores (Pires, 1989).

Um outro aspecto importante no século XIX eram as polícias sanitárias dos portos, responsáveis pelo exame dos navios e de suas tripula-

1 Médico, mestrando em Sociologia pela UFRGS, professor do curso de medicina e diretor de ensino do Complexo Hospitalar ULBRA.

2 Enfermeira, mestre em Educação pela PUC-RS, professora-assistente do DAOP/EE/UFRGS

3 Físico: Sinônimo de clínico. Médico de influência hipocrática que tratava com remédios sem intervenções ou procedimentos cirúrgicos.

4 Cirurgião: prático, em geral não médico, que curava pela intervenção cirúrgica, pela realização de procedimentos.

ções e pelas medidas de quarentena em casos suspeitos ou confirmados de doenças contagiosas a bordo.

Nesta época também houve grande incentivo à construção e ao funcionamento de sanatórios e santas casas, cujos administradores eram controlados pela autoridade local.

As primeiras notícias sobre vacinação, no entanto, datam do século XVIII com a aplicação de vacina anti-variólica em 1798, descoberta por Jenner em 1796 (Pires, 1989).

3 A PRIMEIRA REPÚBLICA – 1889/1930

Este período se estabelece logo após a Proclamação da República, marcado pelo repúdio à monarquia, pela consolidação dos ideais republicanos e pela ideologia liberal.

Na Primeira República começa um processo de organização e implementação do que já se poderiam chamar de programas de saúde pública. Tem como principais características a centralização, no nível administrativo nacional, do poder decisório e a imposição coercitiva e policialesca.

A figura principal desta fase da história sanitária brasileira é Oswaldo Cruz, que comandava a Diretoria Geral de Saúde Pública. Estudara e era pesquisador do Instituto Pasteur. Implantou, organizou e dirigiu diversas instituições públicas de higiene e saúde no Brasil (Luz, 1991). Como modelo de intervenção, Cruz elegeu as "campanhas sanitárias" destinadas ao combate de endemias e epidemias urbanas e rurais. De inspiração americana, o modelo *campanhista* foi trazido de Cuba e é baseado na imposição coercitiva à população, na concentração do poder decisório nas mãos de uma tecnocracia e num estilo repressivo de intervenção médica, tanto no âmbito individual como no social. (Luz, 1991)

No dizer de Luz (1991, p.79):

"Na Primeira república, em torno desse modelo se estruturou o discurso dominante na política de saúde, simultaneamente às políticas de urbanização e de habitação. Consolidou-se uma estrutura administrativa de saúde centralista, tecnoburocrática e corporativista, isto é, ligada a um corpo médico em geral proveniente da oligarquia de origem agrária que dominou a República Velha. Estes traços configuram o perfil autoritário que ainda hoje caracteriza, em grande parte, o conjunto das instituições de saúde pública e dos sistemas de decisões em política de saúde no Brasil. Por outro lado, a eficácia social do combate às doenças coletivas decresceu, ao longo do tempo, comparativamente ao período da Primeira República, quando este modelo atingiu seu auge em termos de autoridade."

Em 1920 é criado o Departamento Nacional de Saúde Pública. Assume a direção do órgão o Dr. Carlos Chagas. (Xavier et al., 1988)

A história das políticas de saúde se mescla, por vezes, ora com a da assistência médica ora com a da previdência social no Brasil, tanto que algumas fontes chegam a usá-los como sinônimos. (Donnangelo, 1975; Oliveira; Teixeira, 1989).

No começo do século o Brasil ainda experimentava um modelo econômico agro-exportador, baseado na produção agrícola monocultural em grandes propriedades rurais destinada à exportação. Este modelo privilegiava outras atividades econômicas ligadas à produção de alimentos in natura tais como o transporte ferroviário, o transporte marítimo, os bancos e o comércio.

O ano de 1923 é apontado como o marco da previdência no Brasil, embora o assunto seja controverso (Oliveira; Teixeira, 1989), em função da Lei Eloy Chaves – decreto n. 4.682 de 24 de janeiro de 1923-. Esta lei determinava a criação nas empresas ferroviárias de uma Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAPs) para benefício dos empregados. Posteriormente, um segundo decreto (Decreto n. 5.109, de 20 de dezembro de 1926) estende a matéria da Lei Eloy Chaves a outras categorias profissionais, tais como portuários e marítimos.

Segundo estes decretos, era de competência das CAPs a prestação de "socorros médicos" ao trabalhador e à sua família, o fornecimento ou a venda de medicamentos a preços subsidiados, o pagamento de vencimentos aos aposentados e de pensões aos herdeiros em caso de morte do segurado. Também era dever da CAP a assistência ao acidentado no trabalho e a responsabilidade pelos custos de internações e cirurgias.

O modelo assistencial das CAPs é considerado excessivamente amplo e extenso. Amplo, em termos da existência de diversas formas de coberturas assistenciais e pecuniárias. Além das já citadas, segundo Oliveira e Teixeira (1989), o decreto de 1926 previa a criação de pecúlios; os planos de aposentadoria proporcionais e por invalidez; o pagamento de um vencimento reduzido em 50% para os homens convocados para o serviço militar, enquanto este durasse; o auxílio-funeral, entre tantos outros.

A extensão se refere ao número de familiares atendidos. Inicialmente destinados apenas ao cônjuge e descendentes em primeiro grau, o decreto de 26 estende os benefícios, ou a condição de dependentes, a todas as pessoas da família que habitassem "sob o mesmo teto e sob a mesma economia". (Oliveira; Teixeira, 1989, p.24)

O texto destes decretos promoveu a organização de serviços de saúde próprios das CAPs,

restritos ao atendimento médico e à venda de medicamentos a preços mais baixos em farmácias próprias, após um período inicial de atividades "terceirizadas", ou seja, do arrendamento de períodos de trabalho dos médicos em seus consultórios.

A saúde pública só começa a merecer atenção política, a ponto de atingir o status de ministério, em 1930 com a criação do Ministério da Educação e Saúde. (Xavier et al., 1988)

Na Primeira República começa a surgir a grande divisão ideológica que se estruturará em termos de abordagem teórica e concepção de saúde: o discurso sanitarista-campanhista e o curativista-privatista, ambos de origem médica.

O primeiro envolve uma abordagem coletiva, geográfica, ambiental da doença e tem características autoritárias e intervencionistas. É baseado no poder que o médico assume de decidir e interferir na vida dos indivíduos, das famílias e das comunidades. É impositivo e policialesco. Tem no "bem comum" seu argumento central e a justificativa para a intervenção imposta. A ética médica é baseada neste modelo na conjuntura de então. Dos médicos se espera que contribuam com a construção de um Brasil "sadio e forte". A eugenia marca fortemente este modelo. Histórias como a do "Jeca-Tatú" de Monteiro Lobato são representativas da força deste discurso.

O segundo modelo, o discurso curativista-privatista, privilegia uma abordagem individualista dos problemas de saúde, da doença e da cura como fenômenos incidentais e contingentes. Negligencia a relação da doença com as condições de vida da pessoa e estabelece uma prescrição individualizada. Este modelo admite, embora tenha como pressuposto que o médico não deva abrir mão da autoridade que lhe confere o conhecimento científico, que o paciente – termo que o conceitua como objeto de intervenção passivo e submisso – tem direito a ser ouvido sobre as alternativas terapêuticas e até mesmo a decidir sobre os procedimentos aos quais deva "se submeter".

Do ponto de vista político este embate ideológico entre os dois modelos vai estabelecer uma relação dialética persistente e continuada, que se estenderá até nossos dias, como veremos, pelo poder e pela hegemonia discursiva no setor.

4 O PERÍODO DE HEGEMONIA POPULISTA – 1930/1945

O modelo assistencial das CAPs foi duramente criticado no final dos anos 20 e início dos 30. Sobre elas recaíam as denúncias de que os pesados orçamentos, decorrentes da amplitude, extensão e excessiva benevolência, inviabilizariam

o sistema em breve. A necessidade de imediatas medidas que contivessem a amplitude e restringissem a extensão tomava corpo e ganhava adeptos entre legisladores e administradores públicos e privados. Alguns teóricos da questão providenciária já apontavam à necessidade de desvincular "previdência" de "assistência à saúde". Entendiam que a primeira devia destinar-se exclusivamente ao pagamento de benefícios pecuniários (Oliveira; Teixeira, 1989, p.27).

Como resultado destas medidas de contenção e restrição, os níveis de gastos anuais com os segurados cai progressiva e rapidamente, chegando, em 38/39, a níveis de 25% ou menos dos gastos realizados no início da década. Esta cifra, somada à redução de custos de administração, promove a realização de superávites de até 70% do capital das CAPs. Estes superávites vão, então, ser aplicados em outros investimentos, notadamente em títulos de capitalização, transformando as caixas, progressivamente, em grandes Institutos de Aposentadoria e Pensão, os IAPs. Este fato é acompanhado pelo aumento expressivo da massa segurada. No final dos anos 20, as CAPs atingiram uma população de 140.000 segurados. No início dos anos 40, os IAPs alcançavam a marca dos 2.800.000 beneficiários.

Os IAPs foram organizados, a partir de iniciativa do governo Vargas, para atender às categorias de trabalhadores urbanos de maior interesse para o modelo econômico, justamente aquelas mais mobilizadas, reivindicadoras e organizadas em torno de sindicatos. Além das já citadas, também comerciários (IAPC), industriários (IAPI), bancários (IAPB), empregados das empresas de transporte de cargas (IAPTEC) e funcionários públicos (IPASE) tem seus institutos criados. Os IAPs marcam também uma ruptura com a política liberal vigente até os anos 20 e uma crescente intervenção do Estado nas políticas assistenciais e providenciárias. A transição de uma economia agro-exportadora, em franco declínio, para uma outra de características urbano-industriais, em ascensão, é o fator determinante central desta mudança.

Tanto os IAPs quanto os sindicatos, de inspiração populista típicos da Era Vargas, eram atrelados ao Estado que controlava, selecionava, organizava e formava suas lideranças e seus dirigentes, sempre entre os "simpatizantes" do regime em vigor. Eram também controlados a participação e a gestão destas organizações sociais (Luz, 1991, p.79).

As direções dos IAPs eram formadas por representantes de patrões e empregados sob rigoroso controle estatal, sobretudo no Estado Novo. No pós-45, este atrelamento se estende do Estado ao Partido Trabalhista Brasileiro (PTB). Não era mais suficiente simpatizar com o go-

verno, senão ser filiado ao PTB para aspirar futuro político na estrutura sindical. Desta maneira, segundo Luz:

"... na primeira metade deste século podemos observar: centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo, do lado da saúde pública; clientelismo, populismo e paternalismo, do lado das instituições de previdência social, incluindo as de atenção médica." (Luz, 1991, p.80.)

Volta a ter força neste período de estado forte o modelo sanitário-campanhista, coletivo, social, imposto e autoritário de profunda inspiração nacionalista. O Brasil precisava de "gente sã" para construir seu progresso através do trabalho. Submeter-se era "patriótico".

5 O PERÍODO DESENVOLVIMENTISTA – 1945/1964

Esta etapa da história recente do Brasil caracterizou-se pela crise do populismo nacionalista e pela ascensão de uma ideologia que inspirava um projeto nacional capitalista, industrial e "moderno". A ideologia liberal volta à cena política com força.

Analisado sob esta inspiração, o Brasil estava atrasado em termos de sua evolução em direção ao desenvolvimento. Desenvolvimento se fazia com industrialização progressivamente maior das diversas atividades econômicas. Desenvolvimento era entendido também como um processo evolutivo, uma seqüência de etapas encadeadas que não podia ser rompida, uma escada onde não se podia pular degraus. Para atingir o desenvolvimento social e econômico, o Brasil deveria vencer as etapas já vencidas pelos países "desenvolvidos". Surgem e ganham espaço as políticas animadas por slogans como: "cinquenta anos em cinco", de Juscelino Kubitschek. O ideário liberal preconiza que o Estado devia interferir minimamente na economia e, quando o fizesse, tinha que concentrar-se no segmento infra-estrutural – energia, estradas, ferrovias.

Esta agenda liberal, capitalista e industrialista, era presidida por uma lógica mecanicista que enxergava o homem como máquina, instrumento de produção. Neste contexto a questão saúde aparece com força, uma vez que, transformada em instrumento de produção, também a "máquina humana" necessitava de "manutenção" para manter sua capacidade produtiva.

Esta perspectiva fez com que emergisse uma nova corrente de concepções de políticas de saúde, a corrente curativista. Diz Luz:

"Uma tecnoburocracia médica formada no exterior em administração de serviços de saúde instalou-se na gestão dos Institutos de Pre-

vidência, por oposição à tecnocracia sanitária, também médica, de tendência nacionalista e desenvolvimentista, predominante nos órgãos de saúde pública." (Luz, 1991, p.80.)

Enquanto o grupo curativista se instalava nos IAPs, a tecnocracia sanitária-campanhista seguia instalada no então Ministério da Educação e Saúde. Esta separação deu origem à agudização da dicotomia entre saúde pública e atenção médica individual, ainda hoje vigente. O clima criado levou a um impasse teórico que redundou em um imobilismo em termos de políticas e programas de saúde no período, com alguma vantagem para os defensores do modelo curativista apoiado pelo empresariado industrial emergente.

6 O PERÍODO BUROCRÁTICO-AUTORITÁRIO – 1964/1968

O regime militar é cortado por conjunturas específicas, motivo pelo qual vamos tratá-los separadamente.

A primeira tarefa do novo regime foi proceder uma "limpeza do aparelho burocrático", com vistas à implantação da ideologia "revolucionária". Foram cassações de direitos, transferências, licenciamentos e exonerações de políticos e funcionários públicos com o objetivo de controlar o serviço público nas diversas instâncias de governo. Fato semelhante ocorreu com as universidades públicas e privadas, onde professores e pesquisadores foram perseguidos, afastados e demitidos. O controle rigoroso da capacidade de manifestação da intelectualidade era tarefa estratégica da maior importância para a consolidação do regime.

Ocorre, em 1967, a unificação dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social – INPS –. O Instituto fica responsável pelos planos de seguridade e pela prestação de assistência médica, entendida como sinônimo de atenção à saúde. No seio do Instituto se instala a vanguarda médica identificada com o discurso curativista-privatista que concebe e elabora o modelo assistencial do órgão. O INPS fica subordinado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social.

O grupo de inspiração sanitária se recolle aos programas de vacinação e de controle de endemias e epidemias da SUCAM – Superintendência de Campanhas Sanitárias, subordinados ao Ministério da Saúde que assim, identificado com a saúde pública, perde poder, prestígio e conseqüentemente privilégios políticos. Esta alocação dos discursos em confronto se consolida nestas posições e esta dicotomia persistirá até a extinção do INAMPS no governo Collor.

Há também a execução de um plano de reorientação institucional da administração estatal com centralização do poder na esfera fe-

deral. Governadores e Prefeitos das capitais de estados e municípios de interesse "estratégico" são indicados pelo governo federal.

7 O PERÍODO DO "MILAGRE BRASILEIRO" – 1968/1974

O período conhecido como do "milagre brasileiro" foi marcado por crescimento econômico veloz às custas de financiamento externo. O Brasil tinha se livrado do "fantasma do comunismo" e assim, em tempos de "guerra fria", se alinhava entre os países do bloco chamado "livre" sob o comando dos Estados Unidos da América. Com um governo forte, autoritário e confiável, não apenas o governo como os bancos e grandes indústrias americanas e européias se sentiam compelidos a tentar a sorte neste mercado virgem.

Tal política econômica, aberta ao capital estrangeiro, promove altas taxas de produtividade e mínimo nível de automação, tanto na indústria quanto na agricultura. Daí decorre importante aumento do nível de empregos às custas de achatamento salarial nos níveis médio e inferior.

Paralelamente, o privilegiamento dos quadros técnicos e científicos superiores nos setores de ponta, provoca significativo aumento dos patamares salariais destes profissionais. Há concentração de renda sem precedentes com aumento do nível de consumo e instalação da ideologia do consumo nas categorias beneficiadas. Neste processo se dá a transformação da saúde em bem de consumo, sinônimo de atendimento médico.

Estes fatos contribuem para o aumento de prestígio do ensino superior e valorização do diploma universitário, com o conseqüente aumento da demanda por educação superior. Cresce violentamente a oferta de vagas nas universidades, notadamente nas privadas. Os cursos de saúde ficam em segundo lugar em termos de procura, só perdendo em prestígio para as engenharias e profissões ligadas à área tecnológica industrial. Como decorrência se observará um aumento significativo do nível de escolaridade, juvenilização e participação feminina entre os profissionais do setor saúde no final dos anos 70 (Médici, 1986).

Este contingente feminino, jovem e altamente escolarizado invade espaços profissionais já historicamente femininos, como enfermagem, nutrição, psicologia e serviço social, mas não deixa de penetrar em outros classicamente masculinos, como medicina, odontologia e farmácia/bioquímica. Uma importante alteração do perfil profissiográfico tem lugar neste campo, como veremos a seguir, com conseqüências sociais, econômicas e políticas significativas.

Os mecanismos de financiamento subsidiado de clínicas e hospitais privados pelo FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – promove o surgimento de um empresariado da saúde, policlínicas, hospitais privados e "medicinas de grupo". O entendimento de saúde como assistência médica especializada, sofisticada, fragmentada e que privilegiava a internação hospitalar favorece os negócios das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares.

A atenção à saúde concentrada em uma força de trabalho heterogênea e antipodal, formada por médicos e atendentes de enfermagem, se estabelece como forma barata de oferta de serviços.

O privilegiamento de convênios com prestadores privados de serviços ao INPS, em detrimento da rede própria, é denunciado por setores ligados à saúde pública.

O período marca o auge da repressão às manifestações e às "liberdades democráticas".

8 A CRISE DO REGIME MILITAR – 1974/1980

A "crise do petróleo" marca um novo tempo de recessão mundial, que tem repercussões importantes no Brasil, entre elas a redução violenta da aplicação de verbas em políticas públicas. A conseqüência é uma notável degradação das condições de vida da população.

Ocorre a criação do SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – logo após a do Ministério da Previdência e Assistencial Social – MPAS –, ao qual aquele fica subordinado. Compreendem este sistema o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), reordenado e dirigido apenas ao pagamento de benefícios, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Instituto Nacional de Administração Financeira da Previdência Social (IAPAS), Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA), Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM) e Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV). A medida administrativa visa separar novamente, embora parcialmente, a assistência médica de pagamento de benefícios pecuniários.

Este ministério durante vários anos ostenta o maior orçamento da República, inferior apenas ao orçamento geral da União. (Xavier et al., 1988)

Uma profunda crise do modelo curativista-privatista como solução dos problemas de saúde da população se instala. O empobrecimento da população aliado a um crescimento demográfico acelerado torna o acesso aos serviços médicos cada vez mais difícil. A atenção médica se torna cada vez mais complexa e cara, o que acarreta uma queda brusca dos níveis de qualidade e resolutividade do sistema público, já

com os investimentos reduzidos a menos do que suas reais necessidades de custeio. Os indicadores demonstram condições de saúde críticas.

Há uma importante alteração do perfil da força de trabalho em saúde com redução importante da faixa etária dos trabalhadores, ingresso expressivo de mulheres nas profissões ligadas ao setor e aumento significativo do nível de escolaridade desta força (Médici, 1986). A antiga fórmula de serviços estruturados em médicos e atendentes torna-se tecnicamente inviável. A participação de enfermeiras nas equipes de saúde deixa de ser apenas considerada necessária nos serviços complexos de internação, cirurgia, terapia intensiva e se massifica nos ambulatórios, na saúde pública e em áreas administrativas.

A crise da atenção previdenciária se agrava. Uma forte tensão toma conta de todo o sistema. Greves de residentes e estudantes de saúde sacodem os hospitais universitários, para onde migra a população em busca de recursos mais adequados às suas necessidades. O sucateamento e a insuficiência da rede básica provoca uma migração para as emergências dos grandes hospitais, que acabam se tornando a única alternativa para qualquer demanda da população e não mais locais específicos para o atendimento de urgência. Por esta via começa a se instaurar o caos no sistema público cujas consequências são ainda hoje vividas pela população na maioria das cidades brasileiras, grandes ou pequenas.

9 A "REABERTURA DEMOCRÁTICA" – 1980/1985

A fase conhecida como "reabertura democrática" marca a instalação da crise institucional da política autoritária, não só no Brasil como em toda a América Latina. Diferente dos demais países continentais, onde todos os processos foram mais cruentos, vivemos uma distensão do regime de exceção que iniciou insidiosamente no governo Geisel, avançando para o governo Figueiredo através da famosa "abertura lenta, gradual e segura".

Houve um processo legal de anistia a presos políticos e exilados pelo regime que, em letras muito bem estudadas, puderam retornar ao país com o beneplácito dos governantes.

No campo da saúde um grupo de técnicos do Ministério da Saúde e outro do Ministério da Previdência e Assistência Social se reúnem, em 1980, para propor uma reestruturação das políticas do setor no Brasil: o PREV-SAÚDE, Programa de Extensão das Ações Básicas de Saúde.

O trabalho original não veio a público senão anos mais tarde por ter desagradado à área econômica do governo e às multinacionais do setor. Propunha o emprego de tecnologias alternativas simples e baratas, acessível às comunida-

des, aos municípios e ao país; a extensão da cobertura da assistência de saúde, então restrita a trabalhadores "com carteira assinada" e seus dependentes, os quais contribuíam com 8% de seus salários para a previdência; a oferta de serviços básicos para toda população; ênfase nas medidas preventivas; reorientação do setor público com vistas à melhoria da produtividade; implementação de medidas simplificadas de abastecimento de água e saneamento e, por fim, participação comunitária como elemento indispensável de desenvolvimento político da sociedade (Xavier, 1988, p.192). Uma versão completamente amputada de seus avanços veio a ser apresentada mas nunca foi implantada por não ter agradado nem à vanguarda médica que gestara a versão original, nem aos setores conservadores que a ela se opuseram (Oliveira; Teixeira, 1989).

Foram retomadas as ditas "liberdades democráticas", marcadas pelo fim da censura política prévia a jornais e revistas. A censura conhecida como "de costumes" persiste, de uma forma ou outra até o governo Sarney.

A crise da previdência, o aumento da insatisfação popular, o sucateamento da rede determinavam a necessidade de alguma transformação no sistema. Em 1981 é criado o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária – CONASP.

"O CONASP foi composto por um presidente, personalidade médica de 'notório saber', Dr. Aloysio Salles, e por 14 membros escolhidos pelo Presidente da República em lista quántupla apresentada pelos órgãos representativos de classe. São eles os Ministérios: Previdência e Assistência Social, Saúde, Trabalho, Educação e Cultura, Fazenda, Desburocratização, Planejamento; e as Confederações Nacionais da Indústria, do Comércio, dos Trabalhadores da Agricultura e do Conselho Federal de Medicina..."(Oliveira; Teixeira, 1989, p.292).

Seu trabalho de assessoramento ao MPAS visava a análise do sistema com vistas à racionalização de recursos e apontou diversas distorções existentes, iniciou um processo de revisão da política de assistência médico-hospitalar do INAMPS e sugeriu a integração de todas as instituições de saúde. Redundou na formulação do Plano de Reorganização da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, conhecido com "Plano Paraná", que reformulava o sistema médico-hospitalar da previdência pública incorporando alterações das formas de pagamento aos prestadores de serviço, antes baseado nas US (unidades de serviço), por um sistema de pagamento definido em "pacotes" fechados de acordo com a doença, independente do tratamento instituído, do tempo de permanência ou de qualquer outro fator.

Este plano não se resumia, evidentemente, à forma de pagamento dos serviços à rede credenciada, conveniada ou aos profissionais e laboratórios. Caracterizou-se como um plano profundamente crítico ao sistema implantado. Visava a redução de custos, o aumento da produtividade, a racionalização do sistema, a melhoria de qualidade dos serviços e a extensão da cobertura à população rural em condições iguais às prestadas aos trabalhadores urbanos. Assumia a responsabilidade estatal sobre a política e o controle do sistema de saúde (Oliveira; Teixeira, 1989, p.295). Conforme Paim (1984), este plano estabeleceu suas prescrições nos seguintes princípios:

- prioridade às ações primárias;
- ênfase na assistência ambulatorial;
- integração dos serviços de saúde das diversas instâncias de governo – nacional, regional e local – num sistema regionalizado e hierarquizado;
- utilização plena da capacidade de produção de serviços já instalada;
- estabelecimento de níveis e limites orçamentários;
- administração descentralizada dos recursos;
- participação complementar da iniciativa privada;
- critérios mais racionais para prestação de serviços – públicos e privados – para melhorar as condições de atendimento;
- simplificação do pagamento de serviços prestados pela rede conveniada/credenciada com controle público;
- racionalização da prestação de serviços de alto custo;
- implantação gradual da reforma com reajustes eventuais.

A maior parte destes princípios foi posteriormente incorporado à concepção do atual Sistema Único de Saúde – S.U.S. – na constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, – LOS – de 1990 (Brasil, 1988; 1990).

Eleições presidenciais marcadas para o ano de 1985, em 1984 inicia o maior movimento de conteúdo político dos últimos 30 anos, as manifestações populares pelas eleições “Diretas já” para a presidência da República. Apesar da mobilização, o temor de uma reviravolta autoritária prevaleceu, levando as forças políticas opositoras a negociar uma eleição de um civil pelo chamado “colégio eleitoral”. Tancredo Neves é eleito pela oposição, vencendo Paulo Maluf, candidato do regime.

Ocorre também nesta fase as primícias de um grande debate em torno de uma necessária reorientação das políticas públicas, democratizando o discurso e as práticas. No campo da saúde os intelectuais lutam por uma reforma sanitária. A produção científica se intensifica em

torno do tema, o que contribui para a institucionalização de um discurso unívoco neste sentido. Ainda assim as históricas tendências (sanitarismo-campanhista x curativismo-privatista) persistem em disputa.

10 A TRANSIÇÃO DEMOCRÁTICA CONSERVADORA: A “NOVA REPÚBLICA” – 1985/1990

A ocorrência da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, no ano de 1986, marca uma verdadeira revolução na concepção de saúde. Vence o discurso que considera saúde muito mais do que a simples ausência de doença, típica do modelo médico curativista, para a evolução do conceito em nível muito mais social do que biológico. É adotada e popularizada a concepção baseada nas propostas da Organização Mundial de Saúde (OMS), definidas e sancionadas pela Reunião da O.M.S., em Alma-Ata, onde a maioria dos governos do planeta reconheceu que a atenção primária e a participação popular são mecanismos essenciais para o cumprimento da meta social de saúde para todos no ano 2.000 (Oliveira; Teixeira, 1989).

Há o acirramento do debate em torno da necessária democratização das políticas públicas. Os intelectuais do setor saúde são vanguarda neste contexto, fazendo da luta por uma “reforma sanitária” a grande bandeira da década.

Há um virtual consenso entre os quadros intelectuais da saúde, comprometidos com pensamentos mais progressistas, em relação à necessidade de descentralização e participação popular na formulação das políticas para o setor.

O confronto entre os interesses econômicos e políticos pela ocupação de espaços institucionais do campo da saúde toma proporções sem precedentes.

Paralelamente ocorre um acirramento da luta entre os representantes dos diversos discursos e saberes, das diversas corporações profissionais das disciplinas de saúde, pelo poder de traçar diretrizes, impor posições e conquistar hegemonia no setor.

O processo inflacionário provoca aumento vertiginoso dos custos da atenção médico-hospitalar-laboratorial pública. Este quadro acaba determinando o retorno muito forte do capital privado ao setor. Saúde volta a ser atividade econômica. As dificuldades do sistema em termos de acesso e qualidade dos serviços viram argumentos de venda dos planos privados.

Recrudescem o debate entre as ideologias “privatizante e internacionalizante x estatizante e nacionalizante” (Luz, 1991, p.86).

Premido pelo impasse o Governo se rende às pressões populares e descentraliza alguns programas que incorporam participação popular: as AIS – ações integradas de saúde – germe do SUS.

O reconhecimento da saúde como direito civil – direito da cidadania e dever do Estado –, no entanto, só é consagrado pela Assembleia Nacional Constituinte, que o incorpora à Constituição de 1988 – artigo 6º e 196.

Sobre este fato diz Madel Luz (1991, p.88):

“Neste sentido, a própria reforma sanitária pode ser vista como um elemento novo no cenário político do país, um elemento instaurador de uma política de saúde institucionalmente inédita. Em outro sentido, o lema ‘Saúde, direito de cidadania, dever do Estado’, implica uma visão desmedicalizada da saúde, na medida em que subentende uma definição afirmativa (positiva), diferente da visão tradicional, típica das instituições médicas, que identifica saúde com ausência de doença.”

Acirra-se a “guerra de posições”, autofágica e desastrosa, entre as diversas tendências de esquerda dentro do aparelho de Estado, sempre em nome de “princípios e projetos” divergentes que, após breve análise, podiam facilmente ser creditados a interesses de grupos e ambições pessoais.

A bandeira da unificação institucional dos serviços de saúde num único ministério torna-se o centro da discussão. Contra, emerge a seguinte argumentação: a unificação dificulta o estabelecimento de competências, responsabilidades e encargos, leia-se distribuição de cargos políticos e verbas orçamentárias (Luz, 1991). A favor, argumenta-se que: haveria racionalização e economia no emprego das verbas e dos recursos materiais e humanos, redução da ineficácia e sobreposição de programas, facilitação do controle financeiro-contábil e político. Prevalece a idéia de unificação mas ainda no âmbito do Ministério da Previdência: cria-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS –, em 1987.

Confirma-se a unificação e descentralização na Constituição de 1988. O Sistema Único de Saúde – SUS. Definido pelo artigo 198:

“As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.” (Brasil, 1988, p.133.)

As atribuições do novo sistema são enunciadas no artigo 200:

“Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar com a proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.” (Brasil, 1988, p.134)

O princípio da descentralização, deve ser aqui entendido como descentralização efetiva do poder decisório, transferindo-o ao nível local – município.

A hierarquização significa que os serviços seriam estruturados em redes de referência e contra-referência, de acordo com níveis crescentes de complexidade dos atos diagnósticos e terapêuticos. Este conceito se opõe à tendência historicamente dominante, e hoje hegemônica, da medicina científica moderna de sofisticar os meios diagnósticos e terapêuticos desde o início da intervenção médica, privilegiando o interesse em doenças raras e complexas em detrimento de uma atenção mais voltada às necessidades da população.

A participação popular proposta é diferente das iniciativas até então tentadas, notadamente pelos governos e pela tecnoburocracia populista e desenvolvimentista, então chamada participação comunitária. A superação desta categoria se impunha no sentido de uma real democratização das relações entre os profissionais que “operam” o sistema e a clientela usuária que dele, em tese, se beneficia. Se entende como uma inversão dos vetores, do poder burocrático e técnico para o do beneficiário dos serviços. Tal concepção joga numa crise insuperável a relação “médico-paciente”, eivada de autoritarismo e dominação do primeiro para com o segundo.

A democratização do poder decisório também deveria ocorrer em níveis macropolíticos, onde a definição dos programas ocorre; onde as prioridades são estabelecidas; onde os planejamentos são elaborados; onde execução, gestão e avaliação são decididas.

11 OS GOVERNOS DEMOCRATICAMENTE ELEITOS – 1990/1996

Na evolução do processo em marcha, a Lei Orgânica da Saúde – LOS – de 19 de setembro de 1990, "(...) dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (...)" (Brasil, 1990).

Estabelece como princípios: a universalidade de acesso; a integralidade da assistência; a preservação da autonomia da pessoa; a igualdade de assistência; o direito à informação; a divulgação de informações; a utilização da epidemiologia no estabelecimento de prioridades; a participação da comunidade; a descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo; a integração com as ações executivas de saúde, meio ambiente e saneamento básico; a conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos; a capacidade de resolução nos diversos níveis de assistência e a organização dos serviços públicos de maneira a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

A LOS também cria os Fundos Nacional, estaduais e municipais de saúde. São contas para depósito, repasses entre esferas de governo e movimentação dos recursos financeiros do SUS, oriundos do orçamento da Seguridade Social, sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

O planejamento e orçamentação do SUS passa a ter caráter ascendente, isto é, do nível local até o nível federal.

Extingue-se o INAMPS pela lei Nº 8.689 de 27 de julho de 1993 (Brasil, 1993).

A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a "(...) participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (...)" (Brasil, 1990). Cria as Conferências de Saúde, que se reúnem de 4 em 4 anos, ordinariamente, com representação "dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

Cria também os Conselhos de Saúde, nas diversas instâncias de governo. Órgão colegiado, permanente e deliberativo, composto por repre-

sentantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, "atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo."

12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Da leitura deste texto fica fácil depreender que a história das políticas de saúde no Brasil não foi, como não poderia deixar de ser, destacada dos contextos e das conjunturas históricas e sociais que as geraram.

A interminável batalha entre políticas liberais/neo-liberais, que pregavam e pregam mínima participação do Estado e liberdade total para contratar e empreender, deixando que o mercado seja a única força reguladora; e entre aquelas correntes políticas que determinaram maior participação e controle estatal, como ocorreu no período populista e no regime militar, ainda persiste e recentemente se exacerbou quando da discussão que culminou com a aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF – em 1996.

A própria ocorrência da discussão e da aprovação da CPMF desnudou um dos pontos mais fracos da política de saúde no Brasil, qual seja a questão do financiamento de um sistema de saúde criado para ter cobertura universal, igualdade de acesso, integralidade da assistência e gratuidade completa.

A disputa sem fim entre os discursos de origem médica que preconizam ou uma política de saúde inspirada no sanitário-campanhista, que sempre habitou o Ministério da Saúde, ou a assistência curativista-privatista, que se alojou no Ministério da Previdência, também persiste mesmo quando as trincheiras de luta se viram unificadas e todas as ações de saúde passaram a coabitar no Ministério e nas secretarias estaduais e municipais de saúde.

De todo este quadro de constante alternância ideológica e política, de continuidades e descontinuidades, onde se podem sublinhar algumas regularidades discursivas e alguns pontos extremamente polêmicos, pode-se concluir que estamos próximos de um ponto de inflexão, senão em cima dele, da curva que representa a paradigmática história das políticas de saúde no Brasil. Se, por absoluto rigor metodológico descritivo, quisermos evitar prudentemente os exercícios de previsão, teremos pelo menos que reconhecer que o momento é de transição.

Este contexto parece propício para uma revisão da participação da enfermagem no campo da saúde, para um aproveitamento reflexivo da

trajetória desta profissão nas diversas conjunturas percorridas e para as necessárias correções dos rumos e planificação das ações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988.
- 2 BRASIL, Lei 8.080, Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: BRASIL. Ministério da Saúde; RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. SUS – RS. *Descentralizando e democratizando o conhecimento*. Porto Alegre, 1996.
- 3 BRASIL, Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. In: BRASIL. Ministério da Saúde; RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. SUS – RS. *Descentralizando e democratizando o conhecimento*. Porto Alegre, [1996?].
- 4 BRASIL, Lei 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, e dá outras providências. In: BRASIL. Ministério da Saúde; RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. SUS – RS. *Descentralizando e democratizando o conhecimento*. Porto Alegre, [1996?].
- 5 DONNANGELO, Maria C.F. *Medicina e sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1975.
- 6 MÉDICI, André C. *Emprego em saúde na conjuntura recente: lições para a reforma sanitária*. Trabalho apresentado na Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, Brasília, 1986. Mimeogr.
- 7 LUZ, Madel T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de 'transição democrática' – os anos 80. *PHYSIS Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, IMS/UERJ, v.1, n. 1, p.77-96, 1991.
- 8 _____. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- 9 PAIM, Janilson S. As políticas de saúde e a conjuntura atual. *Saúde em Debate*, n.15/16, 1984.
- 10 OLIVEIRA, Jaime de A.; TEIXEIRA, Sonia M. F. (Im) *Previdência Social: 60 anos de história da previdência brasileira*. Petrópolis: Vozes, 1989.
- 11 PIRES, Denise. Hegemonia médica na saúde e a enfermagem. São Paulo: Cortez, 1989.
- 12 XAVIER, Iara; GARCIA, Carmem; NASCIMENTO, Maria Aparecida. A reforma sanitária e a participação do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, n.41, p.190-198, jul./dez. 1988.

Endereço do Autor: Gisela Maria Schebella Souto de Moura
 Author's address: Rua São Manoel, 963
 90.620-110 - Porto Alegre - RS

ABSTRACT

This paper is an historical review of the health policy in Brazil. Ranged since the arrival of the real portuguese family to Brazil until nowadays. The review intent to contextualise present facts based on historical, social and political facts for the needed foundation to give best comprehension of the ways in which is organizing the health policy in Brazil.

KEY WORDS: health policy in Brazil, historical review.

RESUMEN

Este trabajo es una revisión histórica acerca de las políticas de salud en Brasil. Comprende desde la vinda de la familia real portuguesa hasta los días actuales. Para tanto se ha empleado la búsqueda de una contextualización basada en hechos históricos, sociales y políticos para la necesaria fundamentación y mejor comprensión de los rumbos de las políticas de salud en Brasil.

DESCRIPTORES: política de salud en Brasil, revisión histórica.