



Texto 4

Unidade de Aprendizagem I

As políticas de saúde no Brasil: da cidadania regulada ao direito universal e integral à saúde¹

Tatiana Wargas de Faria Baptista

A formação do Estado brasileiro e as primeiras ações de saúde pública

A história das políticas de saúde no Brasil está inserida em um contexto maior que diz respeito à origem e à conformação do Estado-Nação. Os primeiros 300 anos da Colônia (1500-1800) foram marcados por uma condução política distanciada da Coroa Portuguesa, que tinha como interesse extrair as riquezas do país sem, contudo, promover políticas para a organização do Estado e o desenvolvimento de instituições de interesse público. Inexistiam políticas de Estado de proteção social, deixando a responsabilidade do cuidado à saúde para as famílias e instituições de caridade.

Proteção social

Compreende não apenas a ação pública do Estado para resguardar determinados riscos, mas também a ação social mobilizada pela família, pelas comunidades e pelas ações filantrópicas e religiosas. Viana e Levcovitz (2005) ressaltam a diferença entre a configuração do que se pode denominar o antigo e o novo sistema de proteção social. Enquanto o primeiro mobilizava a família, as comunidades e as ações filantrópicas e religiosas, fenômeno comum até o século XIX, o segundo surge com a ►

¹ Texto extraído de:
BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. As políticas de saúde no Brasil: da cidadania regulada ao direito universal e integral à saúde. In: KUSCHNIR, Rosana; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues (Org.). *Gestão de Redes de Atenção à Saúde*. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2014.

intervenção das categorias profissionais e do Estado, já no fim do século XIX e início do século XX.

Na definição desses autores, a proteção social “consiste na ação coletiva de proteger indivíduos contra os riscos inerentes à vida humana e/ou assistir necessidades geradas em diferentes momentos históricos e relacionadas com múltiplas situações de dependência” (VIANA; LEVCOVITZ, 2005, p.17), como doença, velhice, invalidez, desemprego e exclusão. ■

A assistência à saúde no Brasil, durante os três primeiros séculos como Colônia, era uma prática sem qualquer regulamentação e realizada de acordo com os costumes e conhecimento de cada um dos grupos sociais que aqui conviviam (portugueses, imigrantes europeus, índios, negros). A população recorria, em situações de doença, ao que fosse viável financeira ou fisicamente, sendo as instituições de caridade um dos principais recursos utilizados pelos pobres.

A vinda da Família Real para o Brasil (1808) foi um momento de inflexão importante nesse cenário. Urgia a organização mínima do espaço social para a garantia de sustentabilidade política e econômica da Coroa.

O Brasil deixava de ser uma simples colônia para tornar-se o ambiente que deveria acolher a realeza e as atividades econômicas que esta promovia (WEFFORT, 2006).

Mudanças rápidas começaram a se processar especialmente no âmbito das cidades, onde havia maior fluxo de pessoas e de mercadorias, e onde se instalou a Corte. A temática em torno da criação de um povo e da necessária iniciação de um processo civilizatório começava a ganhar contornos (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005; WEFFORT, 2006). Nesse contexto, foram criadas as primeiras instâncias de saúde pública – a **Fiscatura-mor** e a **Provedoria-mor de saúde** –, com o objetivo de regular a prática médica e garantir a salubridade da Corte no combate às doenças nas cidades costeiras.

Fiscatura-mor de saúde era a instância que fiscalizava o exercício da medicina. Na prática, limitou-se ao estabelecimento de exames para habilitar os interessados a trabalhar oficialmente e à aplicação de multas aos que exerciam o cargo sem habilitação.

Provedoria-mor de saúde era a instância que tinha como objetivo garantir a salubridade da Corte, atuando na fiscalização de navios para impedir a chegada de novas doenças nas cidades costeiras (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 334).

No mesmo ano da chegada da Família Real ao Brasil foi inaugurada a primeira faculdade de medicina. Trata-se da Escola Médico-Cirúrgica, localizada em Salvador, Bahia. Tem início aí o processo de institucionalização dos programas de ensino na área médica e a normalização da prática em conformidade aos moldes europeus. A regulamentação do ensino e da prática médica resultou em um maior controle das práticas populares e na substituição gradativa dos religiosos das direções dos hospitais gerais, especialmente a partir da Primeira República (1889). ►

Outro resultado da política de normalização médica foi a constituição de hospitais públicos para atender algumas doenças consideradas nocivas à população e de necessário controle pelo Estado, como os transtornos mentais, a tuberculose e a hanseníase. Em 1852 foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro no Rio de Janeiro – Hospital D. Pedro II –, com o objetivo de tratar medicamente os denominados “doentes mentais” (COSTA, 1989, p. 70). ■

O interesse pela saúde e pela regulamentação da prática profissional esteve estritamente relacionado ao interesse político e econômico do Estado de garantir sua sustentabilidade e a produção da riqueza, seguindo uma velha política, já aplicada com sucesso em outros países da Europa desde o início do século XVIII (COSTA, 1985; ROSEN, 1979), de controle da mão de obra e dos produtos, com ações coletivas para o controle das doenças, disciplina e normatização da prática profissional (FOUCAULT, 1979).

As primeiras ações de saúde pública voltaram-se especialmente para:

- proteção e saneamento das cidades, principalmente as portuárias, responsáveis pela comercialização e circulação dos produtos exportados;
- controle e observação das doenças e dos doentes, inclusive e principalmente dos ambientes;
- teorização acerca das doenças e construção de conhecimento para adoção de práticas mais eficazes no controle das moléstias.

A preocupação maior era a saúde da cidade e do produto; a assistência ao trabalhador era uma consequência dessa política. Nesse sentido, algumas campanhas voltadas para os trabalhadores começavam a ser implementadas, mas ainda eram pouco resolutivas, como a quarentena – afastamento do doente do ambiente que habita e pelo qual circula, durante 40 dias –, principal estratégia utilizada para evitar a propagação de doenças entre os trabalhadores, sem uma preocupação mais efetiva com o tratamento do doente.

No período da Monarquia Liberal, não havia qualquer atribuição do Estado prevista para a área de saúde, mas na prática já estava em curso o início de uma organização das primeiras ações de controle e vigilância da saúde.

Figura 1 – Cirurgião Negro, aquarela de Debret (1826)



República vem do latim *res publica* e significa, literalmente, o bem público. A etimologia da palavra chama a atenção para a coisa pública, a coisa comum.

A proclamação da **República** em 1889 inicia um novo ciclo na política de Estado, com o fortalecimento e a consolidação econômica da burguesia cafeeira. Emergiam as questões relativas à organização do Estado, afloravam com maior vigor as correntes de pensamento econômico que possibilitariam a construção de um projeto de nação com inclusão no cenário internacional, instalando o sentimento da importância de constituir uma identidade nacional (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).



Para aprofundar o conceito de República, sua especificidade e os desafios no contexto brasileiro, consulte LAFER, C. O significado da república. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 214-224, 1989.

Em nosso país, o conceito de república foi evocado para se contrapor a uma dada forma de organização social. Buscou-se então destacar:

- a) a ênfase no bem público, que não se confunde com o interesse dos particulares;
- b) a importância do papel do direito para impedir a violência e o arbítrio;
- c) as virtudes cívicas de cidadania, necessárias para aperfeiçoar a convivência coletiva; e
- d) o princípio federalista como fórmula capaz de conciliar o tamanho com a proximidade.

A preocupação nacionalista impunha superar o atraso e modernizar o país. E nesse aspecto a saúde tinha muito a contribuir. O incentivo à imigração e toda a política de exportação e produção nacional esbarravam nas péssimas condições de higiene e saúde do país.

Portanto, a saúde apresentava-se como um grande problema para a consolidação de um projeto de nação (como constituir uma nação num

país de analfabetos e doentes?), mas também como solução. Apenas com a implantação de ações de saúde seria possível enfrentar as mazelas que impediam o desenvolvimento do país. Assim, a saúde emergiu como solução nacional, conquistando um papel importante na construção da autoridade estatal sobre o território e na conformação de uma ideologia de nacionalidade. Na análise de Lima, Fonseca e Hochman (2005), os caminhos dos sanitaristas interagiam com questões cruciais da ordem política, como as relações entre público e privado e entre poder central e poder local.

No início do novo século (XX) definiam-se de forma mais sistemática políticas de saúde que buscavam responder às necessidades desse Estado em formação. Num primeiro momento, foram implementadas ações para o controle das doenças (epidemias) e o saneamento urbano. Num segundo momento desenharam-se ações de saneamento no âmbito rural, todas ações de caráter coletivo com o objetivo de resolver de forma ampla os problemas que atingiam o conjunto da população.

A reforma da saúde pública na Primeira República deu-se em dois momentos. O primeiro, marcado pela gestão de Oswaldo Cruz como diretor-geral da Saúde Pública (a partir de 1903), teve como principal característica a ênfase no saneamento urbano das principais cidades e o combate às epidemias de febre amarela, peste e varíola. No segundo momento (décadas de 1910 e 1920), destacaram-se o saneamento rural e o combate a três endemias rurais – ancilostomíase, malária e mal de Chagas –, visando curar e integrar os habitantes abandonados (idiotizados e doentes) à comunidade nacional.

No fim do século XIX havia uma busca por conhecimento e ações mais efetivas na área de saúde pública. Foi criada a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), em 1897, e institutos específicos de pesquisa, como o Instituto Soroterápico Federal, criado em 1900. Também definiram-se pesquisas nas faculdades de medicina e no exterior (no Instituto Pasteur).



Esse período é rico em documentação, estudos e obras literárias. Vale uma visita à página da Casa de Oswaldo Cruz na internet, no endereço www.coc.fiocruz.br, para conhecer as exposições e materiais de pesquisa produzidos.

No primeiro momento, Oswaldo Cruz estabeleceu um código sanitário que instituiu a desinfecção, inclusive domiciliar, o arrasamento de edificações consideradas nocivas à saúde pública, a notificação permanente dos casos de febre amarela, varíola e peste bubônica e a atuação da polícia sanitária, bem como a campanha de vacinação obrigatória. Seus métodos tornaram-se alvo de discussão e muita crítica, culminando em um movimento popular no Rio de Janeiro, conhecido como a Revolta da Vacina (CASA DE OSWALDO CRUZ, 1995; COSTA, 1985).

Figura 2 – Charge sobre a Revolta da Vacina (1904)



Já na segunda fase, a ênfase esteve na situação precária de saúde no território nacional. Os sanitaristas realizaram, pelo interior do país, expedições cujos relatórios médicos revelavam a situação de precariedade e de doença da população brasileira.

O cenário divulgado propiciou intenso debate sobre a questão nacional e a doença generalizada passou a ser apontada como razão para o atraso do país. As expedições foram acompanhadas por escritores, como Euclides da Cunha, que mais tarde, em sua obra *Os sertões*, expressou as mazelas vividas pelo povo brasileiro nessa região.

Figura 3 – Exemplo de uma expedição para o estudo das endemias



Em 1920, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), reforçando o papel do governo central e a verticalização das ações de saúde (HOCHMAN; FONSECA, 1999).

Tratava-se, portanto, de uma determinada forma de atuação do Estado na saúde, focada no controle estrito das doenças. O que valia era o projeto econômico do Estado, não o direito, a proteção social abrangente ou a cidadania. A saúde era entendida como um problema vital para o país, mas não era reconhecida como um direito a ser garantido ao indivíduo. Nesse sentido, a saúde assumia também um papel político importante de controle social, afirmando a presença do Estado na sociedade e em todo o território.

Um dos efeitos políticos desse período foi a expansão da autoridade estatal sobre o território, ao mesmo tempo em que se criavam as bases para a formação da burocracia em saúde pública. As ações de saúde pública afirmaram-se como responsabilidade do Estado e papel do governo federal, que passou a exercer de forma centralizada um conjunto de atribuições, interferindo no próprio arranjo

federativo estabelecido (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005). Escorel e Teixeira (2008) apontam que na organização federativa republicana

passou a vigorar o modelo que imputava aos governos estaduais e municipais os cuidados com a saúde da população e para o governo central ficava a responsabilidade pela vigilância sanitária dos portos e pelos serviços de saúde do Distrito Federal. Neste território, por algum tempo, existiu uma dualidade de competências entre o poder central e o municipal, com o primeiro se responsabilizando pelas medidas de defesa da cidade contra doenças epidêmicas e o segundo, pelos serviços de polícia sanitária, remoção de doentes e desinfecção (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 340).

Ressalte-se, contudo, que ainda não existia na primeira Constituição Republicana (1891) definição acerca das competências e atribuições de cada ente.

Mas o fato de a saúde pública voltar-se especialmente para ações coletivas e preventivas deixava ainda desamparada da atenção à saúde grande parcela da população, já que a maioria não possuía recursos próprios para custear uma assistência. O direito à saúde integral não era uma preocupação dos governantes e não havia interesse na definição de uma política ampla de proteção social patrocinada pelo Estado.

Nesse cenário, começam a ganhar destaque (especialmente a partir das décadas de 1910 e 1920) as primeiras manifestações operárias urbanas, com intensos conflitos entre capital e trabalho. A questão social apresentava-se no cerne do debate, seja pelas precárias condições para a realização do trabalho, seja pela falta de políticas que garantissem o mínimo de proteção social.

As revoltas populares, os movimentos anarquistas e comunistas pressionavam por ações mais efetivas do Estado. Foi a partir desses movimentos que o deputado federal e ex-chefe de polícia, Eloy Chaves, propôs, em 1923, uma lei que regulamentava a formação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) para algumas organizações trabalhistas, como os ferroviários e os marítimos, áreas da economia ligadas à produção exportadora (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

Os primórdios desse tipo de organização se constituíram ainda no Império, quando foi instituída uma lei (Lei n. 3.397/1888) que estabelecia a criação de uma “caixa de socorro” para os trabalhadores de cada uma das estradas de ferro estatais. Em 1889, foi regulamentado um montepio para os funcionários dos Correios e um fundo de pensões para os empregados das Oficinas da Imprensa Régia. Já as primeiras caixas com o objetivo de configurar uma proteção concedendo uma aposentadoria surgiram ainda na primeira década do século, a partir da organização de trabalhadores e empresas (MALLOY, 1986).

Seguro social é um modelo em que a proteção social se estabelece a partir de uma relação de direito contratual, na qual os benefícios são condicionados às contribuições pretéritas e à afiliação dos indivíduos; variavam a cobertura e os benefícios conforme o contrato estabelecido (VIANA; LEVCOVITZ, 2005).

As CAP regulamentadas a partir de 1923 eram organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresas e trabalhadores, em uma espécie de **seguro social**. Nem toda empresa oferecia ao trabalhador a possibilidade de formação de uma caixa – esse era um benefício mais comum nas empresas de maior poder econômico. O Estado em nada contribuía financeiramente e muito menos tinha responsabilidade na administração dessas caixas. Sua atuação restringia-se à legalização de uma organização, o que já vinha se dando de maneira informal desde a década de 1910, e ao controle a distância do funcionamento dessas caixas, mediando possíveis conflitos de interesses (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985). Os benefícios que os segurados recebiam, conforme as regras de cada caixa, eram: socorros médicos (para o trabalhador e toda a família, inclusive amigos), medicamentos, aposentadorias e pensões para os herdeiros. Com as CAP, uma pequena parcela dos trabalhadores do país passava a contar com aposentadoria, pensão e assistência à saúde. Assim, o direito à assistência à saúde estava restrito, nesse período, à condição de segurado.

Para alguns autores (CARVALHO, 2003; MALLOY, 1986; SANTOS, 1979), a configuração do modelo das caixas na lógica de um seguro social constituiu um padrão de proteção social que reforçou a segmentação dos trabalhadores por categorias funcionais, numa atitude elitista e paternalista do Estado frente ao movimento operário.

Em síntese, iniciava-se nesse período uma trajetória da política de saúde no Brasil de caráter dual, com dois modelos distintos de atenção e de organização institucional: um modelo voltado para a saúde geral da população (a saúde pública) e outro remetido aos trabalhadores formalmente reconhecidos pelo Estado (a medicina previdenciária). A trajetória de constituição desses modelos foi bastante diferenciada e remete de forma particular às opções políticas do Estado brasileiro no que tange ao projeto de desenvolvimento e ao papel definido para as políticas sociais, e em específico para a política de saúde, em cada período.

“Cidadania regulada” e direito à saúde

É consensual na literatura que é no primeiro governo Vargas que se fortalece de forma gradativa o projeto político-ideológico de construção nacional, com a defesa de um governo centralizador e autoritário, fundado na lógica das propostas nacionalistas. Esse período se constitui num marco da configuração das políticas sociais no Brasil com mudanças institucionais que moldaram a política pública brasileira, estabelecendo um arcabouço jurídico e material que conformaria o

sistema de proteção social até o período mais recente (AURELIANO; DRAIBE, 1989; DRAIBE, 1989).

Todo o setor público passou por uma série de reformas nos anos 1930 com o objetivo de constituir um Estado forte e centralizado, com a construção de um aparato governamental atuante em todo o território nacional, conjugando a ação governamental nas esferas federal, estadual e municipal em um projeto unificado.

Conforme resume Nunes (1997), o processo de mudança desencadeado a partir de 1930 incluía a intervenção estatal na economia, a centralização política, a reforma administrativa, a racionalização e modernização do aparelho de Estado, a redefinição dos padrões de relacionamento entre oligarquias locais e estaduais, e a incorporação do trabalho em moldes corporativos.

As políticas de previdência social e de saúde pública passaram a se desenvolver de forma paralela, sem pontos de contato. Constituiu-se institucionalmente o modelo dual de proteção social à saúde, num formato diferenciado de reconhecimento dos direitos sociais. Criaram-se dois ministérios: o Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp), responsável pela proteção à saúde da coletividade, mantendo a agenda de combate às grandes epidemias e eventuais endemias; e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), responsável pela política de proteção ao trabalhador, garantindo a assistência médica aos trabalhadores reconhecidos legalmente pelo Estado, num modelo com ênfase no indivíduo, na atenção curativa, ambulatorial, hospitalar e urbana.

É a partir desse período que são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), ampliando o papel das CAP e reforçando o modelo de seguro social na constituição do sistema de proteção social brasileiro. Os IAP passaram a incluir em um mesmo instituto toda uma categoria profissional, não mais apenas empresas, constituindo vários institutos – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes (IAPC), Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (Iapi) e outros –, e a contar com a participação do Estado na sua administração, controle e financiamento. Com os IAP, inicia-se a montagem de um sistema público de previdência social, mantendo ainda o formato do vínculo contributivo formal do trabalhador para a garantia do benefício. O trabalhador que não contribuísse com os institutos estava excluído do sistema de proteção. Portanto, estavam excluídos: o trabalhador rural, os profissionais liberais e todo trabalhador que exercesse uma função não reconhecida pelo Estado.



Para compreender um pouco mais sobre o contexto em que essas reformas se deram, consulte o seguinte texto, disponível no CD do curso: HOCHMAN, G.; FONSECA, C. M. O. O que há de novo?: políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, D. (Org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1999. p. 73-93.

É importante considerar que na década de 1930 ainda havia um grande contingente de trabalhadores no campo. O processo de formalização da força de trabalho é um fenômeno que foi alavancado com a industrialização e política desenvolvimentista, especialmente a partir da segunda metade dos anos 1940.

A proteção previdenciária era, pois, um privilégio de alguns incluídos, o que fazia com que grande parcela da população, principalmente os mais carentes, fosse vítima de uma injustiça social. Para Santos (1979), essa forma de organização do sistema de proteção social brasileiro reforçou um padrão de regulação que valoriza o trabalhador que exerce funções de interesse do Estado, atribuindo apenas a estes um *status* de cidadão, uma “cidadania regulada” e excludente, pois não garante a todos os mesmos direitos.

Foto 1 – Trabalhadores brasileiros na década de 1930



Outra característica desse modelo era a discriminação dos benefícios de acordo com a categoria profissional. Cada IAP organizava e oferecia a seus contribuintes um rol de benefícios compatível com a capacidade de contribuição e organização de cada categoria, fazendo com que algumas categorias profissionais tivessem mais benefícios que outras.

As categorias com maior poder econômico nesse período, como os marítimos, os ferroviários, e mais adiante os industriários e os bancários, tinham maior disponibilidade de verbas e por isso podiam oferecer a seus contribuintes um leque maior de benefícios. No que diz respeito à saúde, tal fato significava um padrão melhor de assistência médica, diferenciado por categoria e mantenedor da desigualdade social mesmo entre os trabalhadores.

Quem não se inseria na medicina previdenciária estava também excluído do direito à assistência à saúde prestada pelos institutos e contava com alguns serviços ofertados pelo Mesp em áreas estratégicas

(saúde mental, tuberculose, hanseníase e outros), além da caridade, do assistencialismo dos hospitais e de profissionais de saúde. O Mesp promovia também as ações de saúde pública, visando o controle e a prevenção das doenças transmissíveis.

No contexto da política de saúde pública, apesar da continuidade da agenda sanitarista, houve uma mudança significativa em sintonia com o processo de constituição do Estado pós-1930: intenso processo de organização, profissionalização, despolitização, burocratização e centralização das atividades, além da tendência reguladora do governo central sobre os estados no campo da saúde pública, em contraste com a perspectiva campanhista, voluntarista e fragmentada do período anterior (HOCHMAN; FONSECA, 1999).

Para Santos (1985), o período varguista deslocou o projeto de construção da nacionalidade dos sertões para a fronteira, em manobra que poupava o novo regime do enfrentamento com as oligarquias do grande sertão. Nas áreas de antiga dominação coronelista, Vargas praticou uma política de acomodação, de concessões e barganhas. A questão agrária ficou intocada desde então e, a despeito dos projetos desenvolvimentistas, essa não foi uma questão enfrentada no bojo dessa discussão.

Assim, o período varguista consagrou a separação política e institucional entre saúde pública e assistência médica, e indicou de forma nítida o foco principal da política social do período estado-novista, o mundo do trabalho formal e urbano. A saúde inseria-se no projeto de Estado, por um lado como condição geral para a ordem social (saúde pública) e, por outro, como condição para o trabalho e o desenvolvimento do projeto de industrialização. Tal inflexão está presente de forma nítida no texto constitucional de 1934 e, na Carta de 1937, mantém a ênfase na atenção ao trabalhador.

As políticas de saúde no período democrático (1945-1963): o sanitarismo-desenvolvimentista

No Brasil difunde-se ainda mais a partir do pós-guerra o projeto de industrialização e a utilização de técnicas de planejamento e intervenção do Estado na economia. O período 1945-1963 foi marcado pelo processo de democratização da política e pela entrada e consolidação do aparato tecnocrático (burocracia técnica) para a fundamentação das decisões econômicas e políticas do Estado (SOLA, 1998). Surgem propostas de viabilização de um projeto nacional de desenvolvimento, buscando embasamento científico para as diretrizes de política econômica a serem aplicadas (políticas planificadas) (SOLA, 1998).



A Cepal ainda é uma organização importante na atualidade. Para conhecer mais sobre sua história e atuação, acesse seu endereço eletrônico oficial: www.eclac.cl.

O pensamento “cepalino” foi uma das principais contribuições desse período, sustentando a tese da indispensabilidade do Estado na superação do atraso econômico por via da industrialização. É o enfoque analítico chamado “histórico-estrutural”, produzido pelos intelectuais da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), fundada em 1948 para ser a principal fonte de informação e análise sobre a realidade social e econômica do continente sul-americano. O enfoque propõe a análise de como a estrutura produtiva e as instituições herdadas pelos países em desenvolvimento condicionam sua dinâmica econômica e geram comportamentos e resultados que são diferentes das nações desenvolvidas.

No Brasil, o termo desenvolvimentismo, em geral, remete à política econômica desenhada pelos governos a partir da década de 1950, tendo se consagrado no governo de Juscelino Kubitschek (1955). De forma sintética, o desenvolvimentismo consiste numa ideologia de transformação da sociedade brasileira definida pelo projeto econômico.

Tal projeto consistia na defesa da industrialização como meio para a superação da pobreza e do subdesenvolvimento; na configuração de um Estado interventor e planejador, capaz de definir a expansão desejada dos setores econômicos e os instrumentos de promoção dessa expansão; e também de um Estado captador e orientador de recursos financeiros, utilizando-os para promover investimentos diretos naqueles setores em que a iniciativa privada fosse insuficiente (BIELSCHOWSKY, 2004).

Mas, como alerta Sola (1998), o papel dos técnicos na construção da política desenvolvimentista se deu principalmente pela capacidade de organização e representação de uma nova forma de pensamento político diante de uma fragilidade do legislativo naquele momento, de características corporativas e com baixo poder de representatividade.

Iniciou-se a consolidação de uma parceria entre Estado e tecnocracia, que constituiu as bases para uma forma de inserção bastante específica desse grupo no aparato estatal, em que as ideias técnicas passaram a ter supremacia na discussão e encaminhamento da política, produzindo uma determinada ideologia a respeito do desenvolvimento.

O debate sobre as estratégias para atuação na área econômica também invade o debate na área social e da saúde, passando a integrar, mesmo que retoricamente, as iniciativas de planejamento estatal e os projetos de desenvolvimento em competição no país (PENA, 1977). O Plano Salte, apresentado em 1950 (previsto para o período 1950-1954), tinha como meta de investimento para a saúde destinar 13% dos recursos do

tesouro para o setor e atribuía a ele um papel fundamental na alavancagem do desenvolvimento econômico do país. Era a primeira vez que a saúde ganhava um lugar de destaque no contexto de um plano governamental. Vale resgatar o que dizia o texto constitucional em vigor no período. A Carta de 1946 atribuía à União a competência de organizar a defesa permanente contra os efeitos da seca, das endemias rurais e das inundações, bem como legislar sobre normas gerais de defesa e proteção da saúde.

A sigla Salte era formada pelas iniciais dos quatro setores considerados prioritários para os investimentos governamentais nesse período: Saúde, Alimentação, Transporte e Energia. O plano foi apresentado ao Congresso no ano de 1947, mas acabou sendo abandonado em 1951, sem ter tido o alcance de seus objetivos. Na área de saúde, o projeto previa elevar o nível sanitário da população, sobretudo a rural, assumindo características de um programa de emergência, como resposta às catastróficas situações sanitárias.

O plano reforçava também uma divisão de áreas de competência entre os serviços de saúde: a saúde pública para o combate a alguns males de grande repercussão e a saúde individual como uma atividade privada. Nessa divisão, a saúde pública requeria uma política estatal e centralizada, que tinha como meta atingir as áreas mais remotas do país, enquanto a assistência médica tratava-se de assunto privado, deixado ao mercado e à iniciativa do cidadão.

É desse período (com maior ênfase de 1955 a 1963) que emerge a discussão do sanitarismo-desenvolvimentista no Brasil (envolvendo intelectuais como Samuel Pessoa, Mário Magalhães, Josué de Castro e Carlos Gentile de Melo), apresentando como questões a crítica ao campanhismo, à centralização de poder, à fragilidade dos governos locais e ao baixo conhecimento do estado sanitário do país. A principal contribuição desse debate foi trazer à tona a compreensão das relações entre pobreza e doença, e sua importância para a transformação social e política do país.

Os sanitaristas-desenvolvimentistas desenvolveram a crítica ao padrão de atuação do Estado na economia e suas consequências para a situação sanitária da população, localizando a realidade nacional no contexto de um sistema internacional. A discussão remetia a uma concepção de proteção que englobava desde o aspecto econômico até o social, passando pelas relações entre os países. Retomava a crítica ao círculo vicioso da pobreza e às teorias evolutivas de desenvolvimento dos estados e, no campo estrito da saúde, era o gancho para a crítica ao modelo preven-

tivista, ao sistema de saúde desigual, dicotômico e dual (saúde pública e medicina previdenciária). Para os sanitaristas-desenvolvimentistas, o nível de saúde de uma população dependia, em primeiro lugar, do grau de desenvolvimento econômico-social do país.

As teses difundidas pelos sanitaristas-desenvolvimentistas levavam às últimas consequências a proposta de configuração de uma política desenvolvimentista includente, o que gerava tensões com as demais correntes de pensamento, mesmo aquelas que partiam do ideário desenvolvimentista (estas, talvez, por não reconhecerem a política social, e em específico a política de saúde, como uma área estruturante no projeto de desenvolvimento).

As experiências de medicina comunitária e medicina preventiva desenvolveram-se no Brasil durante os anos 1950 e principalmente nos anos 1960. As universidades foram os principais espaços de articulação para essas experiências, que, sob a recomendação da Opas, criavam departamentos de medicina preventiva e comunitária.

A ideologia presente nessas práticas indicava a difusão de um pensamento crítico na saúde, o que significava também a articulação com a sociedade na condução e decisão política das práticas de saúde (TEIXEIRA, 1988).

A criação do Ministério da Saúde, em 1953, expressou um momento de embate em torno da unificação do comando sobre a política nacional de saúde. Contudo, tal medida contrariava interesses, impedindo a conformação de uma política de saúde única e integrada. Uma análise do processo político envolvendo a constituição do ministério nesse ano está em Hamilton e Fonseca (2003).

A medicina preventiva e a medicina comunitária surgiram nesse período como modelos inovadores para pensar a atenção à saúde. A ideia de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (difundida pela OMS em 1948) norteou a discussão sobre a definição de políticas para o setor. Promover saúde significava promover condições de vida digna, o que incluía desde o direito a moradia, educação, atendimento integral em saúde, como também o direito à participação e à intervenção popular. Esses princípios eram divulgados pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) nos anos 1950 e 1960, principalmente, e serviram de indicativos na construção dos modelos de medicina comunitária e preventiva no Brasil nos anos 1960. No entanto, esses princípios apenas foram resgatados mais intensamente a partir de meados dos anos 1970, quando o movimento reformista da saúde ganhou corpo e expressão.

O período de desenvolvimentismo no Brasil representou para a saúde uma época de grande inovação legal-institucional. No âmbito da política de saúde previdenciária, acentuou-se a centralização e expansão do sistema de proteção social, num padrão seletivo (no plano dos beneficiários), heterogêneo (no plano de benefícios) e fragmentado (no plano institucional e financeiro) de intervenção social do Estado (AURELIANO; DRAIBE, 1989). No âmbito da saúde pública, a instituição do Ministério da Saúde, em 1953, e a reorganização dos serviços nacionais no Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), em 1956, reafirmavam o padrão de atenção na saúde pública com foco nas doenças específicas, e de atuação no âmbito coletivo (HAMILTON; FONSECA, 2003).

Nesse período cresce a atuação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), que, partilhando da concepção que veio a ser conhecida como “círculo vicioso da pobreza e da doença”, passou a combater a pobreza,

priorizando as áreas rurais em virtude de sua carência e pobreza crônicas. Em 1960, o Sesp foi transformado em fundação vinculada ao Ministério da Saúde, Fundação Sesp, adquirindo caráter permanente. Passou a atuar em todas as unidades da federação, bem como em nível municipal, realizando ações de saneamento e programas de promoção de saúde (CASA DE OSWALDO CRUZ, 1995).

Figura 4 – Círculo vicioso da pobreza e da doença



Fonte: Horwitz, Molina e Adriasola.

O Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) foi criado em 1942, durante a Segunda Guerra Mundial, como consequência de convênio firmado entre os governos brasileiro e norte-americano, e tinha como atribuições centrais, naquele momento, sanear a Amazônia e a região do Vale do Rio Doce, onde se produziam borracha e minério de ferro, matérias-primas estratégicas para o esforço de guerra americano. Incorporou as ações desenvolvidas pela Fundação Rockefeller, que atuava desde 1916 no Brasil com medidas preventivas e de controle epidemiológico e com interesses específicos de controle internacional de algumas doenças.

Nesse cenário, as doenças específicas ainda permaneciam como se fossem o grande mal do país. No governo JK (1958-1960) explicitava-se a concepção de que seria possível erradicar doenças independentemente do desenvolvimento econômico do país. Também prevalecia a concepção de que os gastos estatais nas áreas “sociais” não deveriam pôr em

Foto 2 – Visitadora sanitária do Serviço Especial de Saúde Pública na Amazônia realiza atividade educativa



risco os investimentos necessários ao desenvolvimento (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985, p. 191).

Mas o período desenvolvimentista passou por transformações que também mostravam inflexões no pensamento cepalino. Até o fim da década de 1950 havia um grande otimismo da Cepal com relação às perspectivas de desenvolvimento dos países periféricos, mas no fim da década começou “a tomar corpo a ideia de que os obstáculos estruturais subjacentes em tais desequilíbrios poderiam acabar determinando a paralisação do desenvolvimento” (RODRIGUEZ, 1981, p. 181). Essa visão negativa se deu pela tendência à estagnação, ao desemprego e

subemprego crescentes, baixo nível de vida das grandes massas e grande concentração de renda nos estratos médios e altos, elevação da dívida externa, processos inflacionários, tensões sociais e instabilidades.

No fim dos anos 1950, o quadro econômico nos países subdesenvolvidos se agravava, mesmo com o planejamento econômico. E o desenvolvimento deixou de ser visto como um processo dependente apenas do crescimento econômico; passou a ser olhado como um processo global, a incluir estruturas políticas e sociais (RIVERA, 1989, p. 18).

Surgem, no fim dos anos 1950 e início dos anos 1960, novas análises e recomendações indicando a necessidade de políticas ativas de emprego e de distribuição de renda; incremento da taxa de poupança e do ritmo de acumulação; intervencionismo e planificação.

É também nesse contexto que emerge a Carta de Punta del Este (firmada em 1961, em reunião do Conselho Interamericano Econômico e Social), orientada pela qualificação do desenvolvimento como econômico e social. A carta define como objetivos gerais: aumentar a esperança de vida em no mínimo cinco anos e ampliar a capacidade para aprendizagem e produção mediante o melhoramento da saúde individual e coletiva. E como objetivos específicos: abastecimento de água e saneamento, redução da mortalidade infantil, controle das doenças transmissíveis, melhoras na nutrição, capacitação e desenvolvimento de pessoal de saúde, fortalecimento de serviços básicos e intensificação da investigação científica (LIMA, 2002).

Há nesse contexto o reconhecimento da saúde como componente essencial do desenvolvimento, enfatizando a necessidade do planejamento, sob condução do Estado, para a consecução dos objetivos nacionais de bem-estar, democracia e segurança.

Democracia

Regime de governo em que o poder de tomar importantes decisões políticas está diretamente com os cidadãos (povo) ou, indiretamente, com os representantes eleitos por eles (forma mais usual).

Uma democracia pode existir num sistema presidencialista ou parlamentarista, republicano ou monárquico.

As democracias podem ser divididas em diferentes tipos, com base em um número de distinções. A distinção mais importante acontece entre democracia direta (algumas vezes chamada “democracia pura”), em que o povo expressa a sua vontade por voto direto em cada assunto particular, e democracia representativa (algumas vezes chamada “democracia indireta”), em que o povo expressa sua vontade por meio da eleição de representantes que tomam decisões em nome daqueles que os elegeram.

Outros itens importantes na democracia incluem exatamente quem é “o povo”, isto é, quem terá direito ao voto; como proteger os direitos de minorias contra a “tirania da maioria” e qual sistema deve ser usado para a eleição de representantes ou outros executivos.

Os conceitos referentes a democracia podem ser aprofundados no *Dicionário de política*, organizado por Bobbio, Matteuci e Pasquino (1995).

Em 1963, a Opas adota as decisões da Carta de Punta del Este e convoca uma reunião de ministros da saúde (Primeira Reunião Especial de Ministros da Saúde) para estabelecer o Plano Decenal de Saúde Pública para as Américas (I Plano Decenal de Saúde), calcado na compreensão da saúde como problema técnico, social, econômico, jurídico e cultural.

Nessa reunião, a Opas ganhou a função de assessoria permanente e demandou ao Centro Nacional de Desarrollo (Cendes) da Universidad Central da Venezuela e a técnicos da Cepal um método de planejamento para a saúde compatível com os métodos empregados na área econômica. É então que surge o método Cendes/Opas, tendo como principais idealizadores Jorge Ahumada e Mario Testa.

Nesse contexto, a Cepal acabava por desempenhar um papel relevante ao problematizar o conceito de desenvolvimento como crescimento econômico, sem que mudanças estruturais fossem propostas. Há um intenso clima de debates teóricos e políticos, seja em relação à ideia de progresso linear, seja à pertinência da teoria da dependência e suas implicações.

Também no ano de 1963 ocorreu no Brasil a 3ª Conferência Nacional de Saúde, num cenário de disputa entre projetos político-sanitários diversos, que se acirraram no final do período democrático com a radicalização das lutas por reformas sociais. Retomaram-se pontos importantes da crítica dos sanitaristas-desenvolvimentistas, como a discussão da

O método Cendes/Opas buscava maior efetividade das ações em torno dos considerados problemas de saúde. Tratava-se de uma proposta extremamente normativa e constituía-se num método para governar o setor, baseado na eficiência da utilização dos recursos (determinar prioridades a partir de critérios de vulnerabilidade, magnitude e transcendência). Visava quebrar o ciclo vicioso na saúde instalando técnicas para o bom governar e a otimização dos recursos.

distribuição de responsabilidades entre os entes federativos, a avaliação crítica da realidade sanitária do país, a proposição de municipalização dos serviços de saúde, a definição sobre como deveriam ser os planos de saúde, tendo por base uma filosofia de ação calcada na demonstração das relações entre saúde e economia (LUZ, 1979).

Deve-se considerar também que a partir da década de 1950 mudanças importantes ocorreram no sistema de proteção à saúde em virtude do processo de acelerada industrialização. Até então, o Brasil tinha sua economia assentada na agricultura, mas a partir dessa década, com o processo de industrialização, os grandes centros urbanos passaram a ser o polo dinâmico da economia, o que gerou uma massa operária que deveria ser atendida pelo sistema de saúde (MENDES, 1993). Tal fato levou a uma expansão progressiva e rápida dos serviços de saúde. Surgiram os grandes hospitais, com tecnologias de última geração e com a incorporação da lógica de especialização dos recursos humanos. A assistência torna-se mais cara e o hospital, o principal ponto de referência para a busca de um atendimento em saúde.

Foto 3 – Injeção de penicilina num caso de meningite, em hospital de campanha em Luxemburgo, durante a Segunda Guerra Mundial



O modelo de saúde que passou a se definir, baseado no hospital e na assistência cada vez mais especializada, também seguia uma tendência mundial, fruto do conhecimento obtido pela ciência médica no pós-guerra. O conhecimento mais detalhado da fisiologia e da fisiopatologia permitiu o desenvolvimento de drogas modernas e possibilitou uma revolução na prática médica, bem como o início de um processo de mudança nos níveis de saúde das populações, que passaram progressivamente a viver mais (aumenta a expectativa de vida) e a sofrer de doenças mais complexas (crônicas) ou típicas da modernidade, como os acidentes de carro e violências, entre outras.

Na prática, os anos do desenvolvimentismo mantiveram a lógica de organização do modelo político em vigor para a saúde, com as ações e serviços de saúde pública de um lado e o sistema previdenciário de outro, com políticas isoladas de saúde que atendiam a diferentes objetivos. Uma política de saúde pública universal, com ênfase na prevenção das doenças transmissíveis, e uma política de saúde previdenciária, restrita aos contribuintes da previdência e seus dependentes, com ênfase na assistência curativa. O direito à saúde integral ainda não era um direito do cidadão brasileiro.

Expansão e consolidação do complexo médico-empresarial

O golpe militar em 1964 e a nova forma de organização do Estado trouxeram também mudanças para o sistema sanitário brasileiro, entre elas a ênfase na assistência médica, o crescimento progressivo do setor privado e a abrangência de parcelas sociais no sistema previdenciário.

A primeira ação significativa no sistema previdenciário brasileiro ocorreu em 1966, com a unificação dos IAP e a constituição do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). A criação do INPS levou a uma uniformização dos benefícios previstos pelos institutos e à centralização do poder pelo Estado, com o afastamento dos trabalhadores das decisões a serem tomadas. Fortaleceu-se a tecnocracia e reforçaram-se as relações clientelistas no âmbito do Estado, como a troca de favores, a barganha de interesses e o jogo de benefícios para os aliados do poder.

Com a unificação dos institutos, foram dadas as condições para o desenvolvimento do “complexo médico-industrial-empresarial”, conceito cunhado por Hésio Cordeiro (1980) para designar o processo de penetração do capital e o “empresariamento” da área de saúde no Brasil, envolvendo a formação profissional, as indústrias e a prestação de serviços médicos.

E por que a unificação dos institutos viabilizou esse arranjo institucional?

Porque já estava em curso, desde os anos 1950, um processo acelerado de expansão da assistência previdenciária; porque o modelo que predominava no âmbito dessa assistência era de incorporação de tecnologias, ênfase na assistência curativa e utilização de recursos especializados; porque muitos institutos já realizavam a compra de serviços privados em vez de investir em unidades próprias; e porque o arranjo político-institucional do período autoritário favoreceu uma prática pouco transparente na orientação dos recursos, beneficiando segmentos de poder ligados ao empresariado da saúde.

Donnangelo (1975) destaca que não havia nesse período uma legislação dos institutos que definisse a instalação de infraestrutura própria de produção, permitindo a realização de convênios e contratos com outros institutos ou com estabelecimentos hospitalares privados. Na ausência de uma política de ampliação dos serviços próprios, fortalecia-se o segmento privado.

Nesse contexto, também foram criados novos mecanismos de financiamento que acabaram por favorecer a constituição e o desenvolvimento das empresas médicas. O resultado concreto desse fenômeno foi a expansão dos serviços hospitalares privados e do número de leitos lucrativos no país. Em 1950, 53,9% dos leitos eram de propriedade particular; em 1960, esses leitos já correspondiam a 62,1% do total, sendo 14,4% lucrativos (BRAGA; PAULA, 1986). Em 1975, 68% dos leitos eram privados, dos quais 45% com fins lucrativos (ESCOREL,

2008). Esse também foi um período de avanço da indústria farmacêutica e de expansão das importações brasileiras de equipamentos médicos (CORDEIRO, 1984).

Fortaleceu-se também nesse período, especialmente a partir de 1968, uma outra modalidade de atenção à saúde sustentada pela previdência social, os convênios com empresas, também conhecidos como “medicina de grupo”. Como ressalta Escorel (2008), nesses convênios a empresa passava a ser responsável pela assistência médica aos seus empregados e, assim, deixava de contribuir para o INPS. A empresa contratava uma empresa médica que, por um valor fixo por mês, garantia a assistência ao trabalhador. Sobre esse modelo, Menicucci (2007) destaca algumas consequências dessa política para a conformação institucional da assistência à saúde. Primeiro, que o modelo gerava incentivos ao crescimento da assistência médica sob controle da empresa, fortalecendo uma prática médica voltada para as ações que interessavam à produtividade. Segundo, que os convênios passaram a ser responsáveis pela pulverização de recursos do INPS, que assumiu os encargos mais onerosos e as prestações mais pesadas. Terceiro, que esse modelo beneficiava empregados de grandes empresas, promovendo o esvaziamento dos serviços prestados pelo próprio INPS.

O período do chamado milagre econômico correspondeu aos anos de 1968 a 1974 e foi caracterizado por um crescimento acelerado da economia brasileira, decorrente, em grande parte, das reformas ocorridas no período anterior a 1968 e das condições internacionais favoráveis.

No início da década de 1970, em meio ao “milagre econômico”, o modelo preconizado pelo INPS reforçava-se. Nos primeiros anos da década foram incorporadas novas categorias profissionais ao sistema – trabalhadores rurais (1971), empregadas domésticas (1972) e autônomos (1973) –, e a cada nova categoria incluída, aumentava ainda mais a procura por serviços de saúde.

Cabe ressaltar que o desenho da política de saúde com a instituição do INPS era de manutenção da lógica de funcionamento anteriormente proposta pelos IAP, com oferta de serviços apenas para aqueles que comprovavam o vínculo com o instituto – as pessoas levavam suas carteiras de trabalho ou carnê de contribuição previdenciária quando procuravam os hospitais ou qualquer outro tipo de assistência, a fim de comprovar sua inclusão no sistema.

Assim, mesmo com a incorporação de novas categorias ao sistema de proteção, muitos ainda não tinham o direito à atenção à saúde. Os índices mostravam a situação alarmante vivida pelo país. Apenas para citar alguns dados: a esperança de vida ao nascer, na década de 1970, era de 52,7 anos; a taxa de mortalidade infantil era de 87,9 bebês para 1.000 nascidos-vivos e as doenças infecciosas e parasitárias constituíam uma das principais causas de óbito. A transição demográfica e epide-

miológica ocorrida nos países desenvolvidos ainda estava longe de ser alcançada na realidade brasileira, mesmo diante de todo o desenvolvimento econômico obtido pelo país desde os anos 1950 até o milagre econômico do período 1968-1974. A principal razão para o quadro de estagnação social foi o total descaso dos governantes com relação às políticas públicas comprometidas com o desenvolvimento social. Durante todo o regime militar autoritário, o investimento na área de saúde pública foi precário, doenças antes erradicadas voltaram, doenças controladas apareceram em surtos epidêmicos, o saneamento e as políticas de habitação populares foram desprezados, aumentaram a pobreza e principalmente a desigualdade social.

A partir de meados da década de 1970, finalizado o milagre econômico e em um cenário de crise política, institucional e econômica iminente do governo militar, começam a se definir novas estratégias para a garantia de manutenção do governo, entre elas a definição do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) e a política de abertura do governo.

A compreensão de que a União deveria estabelecer planos nacionais de saúde já estava presente na Constituição de 1967 e se manteve em 1969.

O II PND significou a composição de uma política de desenvolvimento que tinha como meta básica a formulação de estratégias de desenvolvimento social, buscando a integração e a interdependência das políticas estatais – um avanço na política de Estado, pois selava o compromisso de conjugação da política econômica e social. O processo de abertura, em outra medida, possibilitou a expansão e expressão gradativa dos movimentos sociais, até então sob forte repressão e sem espaço para vocalizar as demandas.

Para a saúde, esse contexto significou a possibilidade de fortalecimento do movimento sanitário, que estabelecia sua base de apoio em instituições acadêmicas com forte respaldo teórico – Universidade de São Paulo (USP), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), entre outras. A intelectualidade pertencente ao setor divulgava estudos sobre as condições sociais e de saúde com críticas contundentes à condução política do Estado brasileiro e reivindicava mudanças efetivas na assistência à saúde no Brasil.

O movimento sanitário buscava reverter a lógica da assistência à saúde no Brasil, apresentando quatro proposições para debate:

- A saúde é um direito de todo cidadão, independentemente de contribuição ou qualquer outro critério de discriminação.
- As ações de saúde devem estar integradas em um único sistema,

garantindo o acesso de toda a população a todos os serviços de saúde, seja de cunho preventivo ou curativo.

- A gestão administrativa e financeira das ações de saúde deve ser descentralizada para estados e municípios.
- O Estado deve promover a participação e o controle social das ações de saúde.

O cenário era de exclusão de uma boa parcela da população do direito à saúde, haja visto o fato de que apenas um segmento da população tinha garantido, nesse momento, o direito à assistência médica prestada pelo INPS e que os serviços de saúde, do Ministério da Saúde (MS), das secretarias estaduais e municipais não absorviam a demanda de atenção gerada pelo restante da população. Não havia de fato se constituído até então, no Brasil, uma política de Estado cidadã no sentido mais abrangente; uma cidadania substantiva que desobrigasse qualquer espécie de vínculo com o processo produtivo e que reconhecesse o cidadão simplesmente pelo valor que tem como membro daquela comunidade. Prevalcia a lógica da “cidadania regulada”, em que cidadão era aquele que se encontrava localizado em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas por lei. Portanto, a proposta de reforma do setor de saúde apresentada pelo movimento sanitário também se inseria em uma lógica maior de reestruturação do próprio Estado e de afirmação de uma cidadania substantiva para o povo brasileiro (BAPTISTA, 2003).

Na segunda metade dos anos 1970, sob orientação estatal e resguardando os interesses do Estado autoritário, começaram a se implementar algumas mudanças na condução política das ações de saúde. Dentre as políticas implementadas, destacam-se:

- A criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), em 1974, que distribuiu recursos para o financiamento de programas sociais.
- A formação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), em 1974, que organizou as ações a serem implementadas pelos diversos ministérios da área social.
- A instituição do Plano de Pronta Ação (PPA), em 1974, que consistiu em uma medida para viabilização da expansão da cobertura em saúde.
- A formação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975, primeiro modelo político de saúde de âmbito nacional, que desenvolveu ineditamente um conjunto integrado de ações nos três níveis de governo.

- A promoção do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), em 1976, que estendeu serviços de atenção básica à saúde no Nordeste do país.
- A constituição do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (Sinpas), em 1977, com mecanismos de articulação entre saúde, previdência e assistência no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), que passou a ser o órgão coordenador de todas as ações de saúde no nível médico-assistencial da previdência social.

Além do Piass, outros dois projetos importantes foram implantados na segunda metade dos anos 1970, possibilitando uma divulgação das propostas de reforma na saúde e o incentivo à construção de alternativas no âmbito local: o Plano de Localização de Serviços de Saúde (Plus) e o Projeto Montes Claros (PMC).

O Plus foi criado para planejar a expansão física dos serviços de saúde da previdência social. Era um projeto nacional, mas envolveu as nove regiões metropolitanas e acabou por se constituir na primeira experiência coletiva de um grupo de saúde pública na previdência social. Ocorreu entre os anos 1975 e 1979.

O PMC desenvolveu-se a partir de 1971 e tinha por objetivo inicial a implantação, no norte de Minas Gerais, de um programa de planejamento familiar. A partir da gerência da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, no ano de 1975 foi dada nova orientação ao projeto, tornando-se uma das primeiras possibilidades, em âmbito regional, para aplicação de diretrizes norteadoras de um modelo alternativo de organização de serviços de saúde. A proposta então se expandiu para outras localidades do país e permitiu experimentar a aplicação dos princípios de regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiente, integralidade da assistência à saúde e participação popular.



Para saber mais sobre essas experiências, ver ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990. In: GIOVANELLA, L. et al (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. cap. 10, p. 385-434.

Esse conjunto de medidas favoreceu a construção de políticas mais universalistas na área de saúde, priorizando a extensão da oferta de serviços básicos e fortalecendo a perspectiva de reforma do setor.

Mas foi também nesse período que o setor médico-empresarial começou a se fortalecer institucionalmente, beneficiando-se igualmente das políticas de investimento na área social. O FAS, por exemplo, repassou grande parte dos recursos para investimento na expansão do setor hospitalar, em que 79,5% foram destinados para o setor privado e 20,5% para o setor público. O aumento gradativo dos convênios com o setor

privado significou o desinvestimento progressivo na criação de serviços públicos (CORDEIRO, 1984).

A concessão de privilégios ao setor privado e a mercantilização da medicina sob o comando da previdência social foram duramente criticados pelo movimento sanitário. Os reformistas buscavam a universalização do direito à saúde, a unificação dos serviços prestados pelo Inamps e MS em um mesmo sistema e a integralidade das ações (com a garantia do acesso a ações de prevenção e assistência médica). A partir desse momento ampliava-se o debate sobre o direito à saúde no Brasil, a começar pela própria concepção de saúde.

Destaca-se nesse período o papel do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) e do movimento estudantil como articuladores e difusores das ideias reformistas para a saúde.

O movimento estudantil foi importante na difusão e formação de uma consciência sanitária entre os estudantes, professores e profissionais de saúde, promovendo debates em torno da temática dos determinantes sociais, econômicos e políticos da estrutura de saúde, bem como das práticas de saúde. Já o Cebes possibilitou a criação e manutenção de um órgão de difusão – a revista *Saúde em debate* – viabilizando a comunicação e articulação com outros movimentos sociais. Em 1976, foi editado o primeiro número da revista, trazendo para o cerne do debate a saúde como um componente do processo histórico-social. Em 1979, o Cebes apresentou, no I Simpósio sobre Política de Saúde da Câmara dos Deputados, o documento “A questão democrática na área de saúde”.

Conforme resume Escorel, a realização do Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados e o documento apresentado pelo Cebes evidenciaram a existência de um movimento articulado, com um projeto definido e ocupando um espaço cada vez maior na arena setorial em defesa do seu projeto. No texto, o Cebes apresentou uma proposta que viria a ser legitimada como princípio na 8ª Conferência Nacional de Saúde, o qual foi legalizado na Constituição de 1988: “A saúde é direito de todos e um dever do Estado” (ESCOREL, 2008, p. 408).

Com todo o debate, a saúde passava a assumir um sentido mais abrangente, sendo resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde, entre outros fatores. Portanto, o direito à saúde significava a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação, em todos os níveis, de todos os habitantes do território nacional.

Nesse sentido, a proposta de reforma para a saúde era também uma proposta de reforma do Estado, que havia se constituído sobre uma base fundada no patrimonialismo, política de clientela, centralização decisória e exclusão social – modos de fazer política que se reproduziam não só no âmbito de organização do setor de saúde como em todos os demais setores, mas que foram explicitados no debate da saúde, talvez por ser este um setor que criticava com muito mais dureza a situação de injustiça social que se havia consolidado (BAPTISTA, 2003).

Os cem anos de história do Brasil tinham enraizado uma cultura política de Estado enfaticamente concentradora do poder decisório nas mãos de uma parcela pequena da sociedade (poder oligárquico), ou dos recursos produzidos no âmbito do Estado, mantendo um grande fosso entre grupos sociais e regiões, reproduzindo, dessa forma, uma situação de desigualdade. Assim, o processo político também estava comprometido em uma rede imbricada de poder instituído na burocracia estatal, na organização política e partidária, e na cultura social.

O ideal da reforma sanitária exigia, nesse contexto, uma revisão do modo de operar do Estado, da lógica burocrática que concentrava poder, e uma disposição social para repartir a renda (redistribuir) e participar ativamente da construção desse novo Estado, agora de intenção democrática.

Foto 4 – Movimento Diretas Já



Redemocratização e direito à saúde

A década de 1980 iniciou-se em clima de redemocratização, crise política, social e institucional do Estado Nacional. A área social e, em especial, a previdência social viviam uma crise profunda, assumindo medidas de racionalização e reestruturação do sistema. No âmbito da saúde, o movimento da reforma sanitária indicava propostas de expansão da área de assistência médica da previdência, intensificando os conflitos de interesse com a previdência social e envolvendo poder institucional e pressões do setor privado.

Começa a se divulgar nesse período a noção de crise da Previdência.

Os cofres públicos encontravam-se vazios e a perspectiva era de mais e mais pessoas solicitando a entrada na aposentadoria. A saúde começou a ser apontada como a área gastadora da Previdência Social, o que possibilitou a entrada de propostas reformistas para a saúde.

No sistema previdenciário brasileiro, a crise já era evidente no início dos anos 1980. Crise ideológica, porque a assistência médica como um benefício previdenciário ainda estava restrita e condicionada à contribuição trabalhista, não sendo considerada um direito inerente de todo cidadão. Crise financeira, porque o cofre da previdência não suportava mais o montante de recursos a serem destinados ao setor, encontrando-se em estado de falência iminente. Crise político-institucional, porque o SNS e a previdência social brasileira apresentavam falhas na prestação da assistência, no controle dos recursos e na organização do setor.

A crise exigia respostas imediatas de reestruturação do modelo de atenção previdenciário. A área de assistência médica sofria críticas tanto dos reformistas quanto dos conservadores; na realidade, a saúde (incluída aqui a área de assistência médica previdenciária) era considerada a grande vilã e responsável pela crise, em virtude do alto grau de descontrole dos gastos com assistência médica, à descoordenação de ações dos prestadores de serviços, à desassistência social e à inadequação do modelo de saúde à realidade nacional. Segundo Cordeiro (1991), os reformistas buscavam a universalização e integração do sistema de saúde e os conservadores visavam a racionalização dos gastos e a eficiência objetiva do sistema já configurado: saúde previdenciária (Inamps) e saúde coletiva (MS).

Nesse contexto, foi realizada a 7ª Conferência Nacional de Saúde (1980), que apresentou como proposta a reformulação da política de saúde e a formulação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde). O Prev-Saúde consistia em uma proposta de extensão nacional do Pias, que havia sido desenvolvido no período compreendido entre 1976 e 1979 no Nordeste do Brasil.

O Pias foi uma experiência bem-sucedida que possibilitou uma melhoria no nível de saúde da população da região Nordeste a partir da implantação de uma estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes. O Prev-Saúde visava, na mesma medida, dotar o país de uma rede de serviços básicos que oferecesse, em quantidade e qualidade, os cuidados primários de proteção, promoção e recuperação da saúde, tendo como meta a cobertura de saúde para toda a população até o ano 2000 (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1980).

No entanto, o Prev-Saúde acabou não sendo incorporado pelo governo e muito menos estabelecido na prática, dadas as resistências burocráticas internas assentadas no Inamps, a forte oposição das entidades do segmento médico-empresarial e ainda as pressões oriundas do campo da medicina liberal e do setor privado contratado (CORDEIRO, 1991). Esse conjunto de forças conformou um sem-número de razões para que o Prev-Saúde não se concretizasse. Os conflitos em torno dos encaminhamentos da política de saúde ganhavam o espaço da arena institucional. Em contrapartida, e significativamente, o Prev-Saúde também revelou um momento inédito de entrada do discurso reformista na arena de discussão institucional estatal da saúde. As ideias reformistas defendidas por diversos grupos de discussão começavam a se integrar em uma proposta abrangente de definição da política de saúde. Existiam, contudo, divergências de postura no encaminhamento das propostas entre os grupos de reformistas, o que também influenciou na condução da política de saúde.

Em 1980, outros mecanismos de reformulação começaram a ser encaminhados.

A primeira medida tomada foi a formação, em 1981, na esfera de atuação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), um grupo de trabalho específico criado no contexto da crise da previdência com a intenção de buscar respostas concretas que explicassem as razões da crise do setor.

O diagnóstico do Conasp identificou um conjunto de distorções no modelo de saúde então vigente, a saber:

- serviços inadequados à realidade;
- insuficiente integração dos diversos prestadores;
- recursos financeiros insuficientes e cálculo imprevisto;
- desprestígio dos serviços próprios;
- superprodução dos serviços contratados.

O diagnóstico apontava uma rede de saúde ineficiente, desintegrada e complexa, indutora de fraude e de desvio de recursos. A relação do Inamps, órgão responsável pela assistência médica previdenciária, com os demais serviços de assistência promovidos pelo Estado, via estados e municípios, era opaca e pouco operativa. Os serviços oferecidos pelo MS (secretarias estaduais e municipais, inclusive) funcionavam independente e paralelamente aos serviços oferecidos pelo MPAS/Inamps, o que formava uma rede pública desintegrada, sem a prévia programação do sistema. Tal fato conformava uma dificuldade a mais no planejamento dos investimentos e gastos no setor (CORDEIRO, 1991).

A partir desse diagnóstico, foram elaboradas propostas operacionais básicas para a reestruturação do setor, mas não para desmontagem do sistema. Dentre elas, destacaram-se: o Programa das Ações Integradas de Saúde (Pais), a Programação e Orçamento Integrada (POI), o Programa de Racionalização da Assistência Ambulatorial (PRA) e o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS).

O Pais, posteriormente denominado apenas Ações Integradas de Saúde (AIS), revelou-se como a estratégia mais importante rumo à universalização do direito à saúde e significou uma proposta de integração e racionalização dos serviços públicos de saúde, e de articulação destes com a rede conveniada e contratada, o que comporia um sistema unificado, regionalizado e hierarquizado para o atendimento.

A proposta resumia-se na assinatura de convênios entre o Inamps e os estados e municípios para o repasse de recursos destinados à construção de unidades da rede com o compromisso dos governos de oferecer assistência gratuita a toda a população e não só para os beneficiários da previdência. Com essa proposta, as AIS retomavam a estratégia apresentada no Prev-Saúde e conquistavam um avanço expressivo na conformação de políticas que levaria à reforma do setor de saúde, fortalecendo o princípio federativo (coordenação de ações entre a União e os estados) e a incorporação do planejamento à prática institucional. O programa era executado a partir da gestão tripartite MS/Inamps/secretarias estaduais.

Para refletir

Na proposta das AIS, o unificado referia-se à articulação das ações propostas pelo Ministério da Saúde, secretarias de saúde (estaduais e municipais) e Inamps; o regionalizado referia-se à organização de um sistema em que os municípios se comunicavam e planejavam juntos a assistência à saúde; e o hierarquizado referia-se à organização dos serviços por nível de atenção, do mais simples ao mais complexo.

Como se pode perceber, a proposta de regionalização debatida nos anos 2000 não se distancia muito do debate que iniciou todo esse processo de reforma! Reflita sobre as semelhanças e diferenças que podem-se destacar.

O processo de coordenação interinstitucional e gestão colegiada concretizou-se a partir da Comissão Interministerial de Planejamento (Ciplan), envolvendo os Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social, e da Educação e Cultura. Formaram-se também as comissões interinstitucionais estaduais, regionais, municipais e locais, construindo, nas secretarias estaduais e municipais, um amplo contingente de técnicos envolvidos com o projeto de reforma.

Um aspecto importante a considerar nesse período foi o processo de rearticulação política dos estados e municípios. A abertura política e a retomada das eleições diretas nos estados em 1982 possibilitaram a construção de experiências de reestruturação na área de saúde nos âmbitos regional e local. Organizaram-se o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), fundado em 1982, e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), constituído em 1988.

A segunda proposta encaminhada foi a Programação Orçamentária Integrada (POI), que consistiu na criação de mecanismos para programação e orçamentação dos recursos para a saúde de forma integrada. Tratava-se da concepção de um instrumento integrador da política de recursos do Inamps e dos serviços estaduais e municipais.

A terceira proposta apresentada foi o Programa de Racionalização da Assistência Ambulatorial (PRA), que pretendia estabelecer uma hierarquia de prioridades assistenciais entre os postos de assistência médica (PAM do Inamps) e o conjunto de consultórios e laboratórios privados e credenciados.

A POI e o PRA compunham juntos uma estratégia de organização e planejamento dos recursos financeiros e assistenciais, de modo a orientá-los conforme as demandas que se apresentavam. Em meados dos anos 1990, a proposta que concebia a POI foi reapresentada, mas com um

O Conass e o Conasems têm exercido um papel importante na formulação e condução da reforma sanitária brasileira.

O Conass começou a ser articulado em 1980 e surgiu das experiências de organização coletiva, com forte estímulo dos secretários de saúde da região Nordeste, por conta do Piass. Já o Conasems teve sua origem atrelada aos encontros municipais do setor de saúde, realizados desde 1977. O Conass e o Conasems são entidades de direito privado, sem fins lucrativos: o primeiro congrega os secretários estaduais de saúde e o segundo, os secretários municipais de saúde.



Visite as páginas virtuais do Conass e do Conasems para conhecer mais sobre seu histórico e atuação:

www.conass.org.br e www.conasems.org.br.

outro nome – Programação Pactuada e Integrada (PPI) – e num outro contexto político-institucional.

Já a quarta proposta, o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), visou o controle de recursos para o setor privado hospitalar, a partir da introdução de um instrumento gerencial e de pagamento de contas hospitalares baseado nos procedimentos médico-cirúrgicos – a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Com esse sistema, foi possível alcançar uma informatização inicial do controle das internações e, conseqüentemente, maior controle das fraudes. A AIH ainda hoje é utilizada, tendo sido empregada na fiscalização das internações também no setor público a partir de 1991.

Os programas expressavam a conformação dos princípios básicos para uma política de saúde unificada, integrada e descentralizada. Essas propostas avançaram na discussão sobre o funcionamento do setor previdenciário e sua articulação com a saúde, incluindo os estados e municípios, e criaram condições para a discussão sobre a democratização e universalização do direito à saúde, especialmente a partir do governo da Nova República.

A política de saúde na Nova República

No governo da Nova República, a partir de 1985, a estratégia das AIS foi retomada, promovendo, junto com uma nova POI, a reformulação do sistema de saúde na lógica de uma rede unificada. Integrantes do movimento sanitário passaram a ocupar cargos de expressão no âmbito político-institucional do Estado (na Presidência do Inamps, Hésio Cordeiro; na Presidência da Fiocruz, Sergio Arouca; na Secretaria-

Executiva do Ministério da Saúde, Eleutério Rodrigues Neto), coordenando as políticas e negociações no setor de saúde e previdenciário.

No ano de 1986, o MS convocou técnicos, gestores de saúde e usuários para uma discussão aberta sobre a reforma do sistema, realizando, assim, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS). Essa conferência foi um marco histórico da política de saúde brasileira, pois, pela primeira vez, contava-se com a participação da comunidade e dos técnicos na discussão de uma política setorial.

Foto 5 – A 8ª Conferência Nacional de Saúde



A conferência reuniu cerca de quatro mil pessoas nos debates e aprovou, por unanimidade, a diretriz da universalização da saúde e o controle social efetivo com relação às práticas de saúde estabelecidas. Após 20 anos de ditadura, conquistava-se o direito à participação; após séculos de desassistência, falava-se na definição de um modelo protetor com a garantia do direito à saúde integral (FARIA, 1997).

No relatório da 8ª CNS (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986) constava:

- A saúde como direito – em seu sentido mais abrangente, a saúde passava a ser compreendida como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso a serviços de saúde. Ressaltava-se com isso que, antes de tudo, a saúde era o resultado das formas de organização social da produção, que podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.
- A definição de direito à saúde como sinônimo da garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

Esse relatório, com todas as afirmações nele contidas, serviu como instrumento de pressão política no contexto da Nova República. E mais: serviu de referência na discussão da Assembleia Nacional Constituinte em 1987/88, sendo reconhecido como um documento de expressão social.

As propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde não foram concretizadas de imediato. Após a conferência, por iniciativa do MPAS/Inamps, foi constituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), que se apresentou como estratégia-ponte na construção do Sistema Único de Saúde.

O Suds surgiu como uma proposta política formulada no interior da burocracia do Inamps, contando com o apoio dos ministros da Previdência, da Saúde e da Educação, que assinaram juntos a exposição de motivos para a criação desse sistema, em julho de 1987.

O Suds avançou na política de descentralização da saúde e, principalmente, na descentralização do orçamento, permitindo maior autonomia dos estados na programação das atividades no setor; deu prosseguimento às estratégias de hierarquização, regionalização e universalização da rede de saúde e retirou do Inamps a soma de poder que ele centralizava.

O relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde é um documento que merece ser consultado. Em comparação com os relatórios das outras conferências, anteriores e as realizadas nos anos seguintes, este é de cunho político e propositivo, fundamentando a discussão realizada na Assembleia Constituinte de 1987 e o próprio texto constitucional de 1988.

Descentralização

Na literatura própria da ciência política, o conceito de descentralização é ambíguo e vem sendo usado para descrever processos de mudança no papel do governo nacional por meio de:

- transferência de capacidades fiscais e poder decisório sobre políticas para autoridades subnacionais de governo (movimentos de realocação);
- transferências para outras esferas de governo da responsabilidade pela implementação de políticas definidas no nível federal (movimentos de consolidação);
- transferência de responsabilidades e poderes públicos para (novas) instâncias administrativas próprias do governo central (desconcentração);
- deslocamento de atribuições do governo nacional para os setores privados e não governamentais (movimentos de devolução) (ALMEIDA, 2005; FIORI, 1995).

Enquanto os três primeiros processos envolvem redefinição das ações governamentais, no quarto há redução das atividades de todas as instâncias de governo. Para diferenciá-lo de outros processos que envolvem transferência de poder, Abrucio (2006) conceitua descentralização como um processo nitidamente político, circunscrito a um Estado Nacional, envolvendo diferentes instâncias de governo.

O Suds também foi motivo de controvérsias entre os dirigentes e reformistas dos Ministérios da Saúde e da Previdência. Enquanto os reformistas do MS pressionavam por uma política de unificação imediata da saúde com a incorporação do Inamps, os reformistas do MPAS resistiam à passagem do órgão e definiam estratégias mais graduais para a unificação, fortalecendo especialmente os estados (FARIA, 1997). Ao mesmo tempo em que o Suds era implementado, ocorria a discussão da Assembleia Nacional Constituinte de 1987/88. Nela, o relatório da 8ª Conferência foi tomado como base para a discussão da reforma do setor de saúde, e o SUS foi finalmente aprovado.

O debate constituinte foi acirrado e revelou resistências por parte dos prestadores de serviço privado do setor de saúde e da medicina autônoma, além de conflitos de interesses entre os reformistas atrelados ao MS e os reformistas da previdência social. As disputas de interesse não foram suficientes para barrar a aprovação do SUS e seus princípios, mas impediram a definição de algumas políticas importantes para o processo de implementação da reforma, tais como o financiamento, a regulação do setor privado, a estratégia para a descentralização e unificação do sistema, entre outras (FARIA, 1997).

Com a aprovação do SUS em 1988, iniciaram-se o debate e as negociações em torno de sua lei reguladora, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde. Ela deveria regulamentar o SUS e definir com maior nível de detalhamento seus objetivos e atribuições, aprofundar a questão do financiamento, da regulação do setor privado, da descentralização, regionalização e hierarquização do sistema, da participação popular, entre outras. O contexto político no momento de negociação dessa lei (último ano do governo Sarney e primeiro ano do governo Collor) não possibilitou agilidade na sua aprovação; foram 390 dias de tramitação no Congresso Nacional e uma aprovação parcial da lei (Lei n. 8.080), que sofreu vetos presidenciais (Collor) nos aspectos relativos ao financiamento, à participação popular, à organização da estrutura ministerial, da política de cargos e salários e outras.

Três meses após a aprovação da Lei n. 8.080, foi aprovada uma outra (Lei n. 8.142), complementar, definindo algumas propostas vetadas na lei original (principalmente em relação ao financiamento e à participação popular). Contudo, ainda se mantiveram, nas leis reguladoras do SUS (Leis n. 8.080 e n. 8.142), lacunas expressivas para a implementação efetiva da política. Nesse âmbito estão alguns dos desafios a enfrentar no processo de implantação do SUS.

Dentre as principais lacunas apresentadas na regulamentação do SUS, destacam-se:

- na política de recursos humanos:
 - indefinição de uma política de gestão do trabalho com estabelecimento de planos de cargos, carreira e salários, pisos salariais e outros;
 - indefinição de uma política de educação profissional;
 - indefinição do papel das escolas públicas submetidas ao SUS (em especial os hospitais universitários).
- na política de financiamento da saúde:
 - indefinição de percentuais de recursos da **seguridade social** e dos estados, para os municípios;
 - imprecisão da política de transferência de recursos para estados e municípios.

Seguridade social é a modalidade de intervenção específica do Estado na área social. Adotada em vários países desenvolvidos, principalmente no pós-guerra, caracteriza-se pela distribuição de benefícios, ações e serviços a todos os cidadãos de uma nação, abrangendo previdência, saúde, assistência social, educação e outros direitos sociais (VIANA; LEVCOVITZ, 2005). No Brasil, a seguridade social foi instituída na Constituição de 1988, abrangendo previdência, saúde e assistência social.

Referências

ALMEIDA, M. H. T. Recentralizando a federação? *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, n. 24, p. 29-40, 2005.

ABRUCIO, F. L. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento*: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2006. p. 77-125.

AURELIANO, L.; DRAIBE, S. M. A especificidade do “Welfare State” brasileiro. In: PROJETO: a política social em tempo de crise: articulação institucional e descentralização, v. 1: reflexões sobre a natureza do bem-estar. Brasília, DF: Ministério da previdência e Assistência Social: Cepa, 1989. p. 85-178. (Economia e desenvolvimento, 3).

BAPTISTA, T. W. F. *Políticas de saúde no pós-constituente*: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos poderes executivo e legislativo no Brasil. 2003. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

BIELSCHOWSKY, R. A. *Pensamento econômico brasileiro*: o ciclo ideológico do desenvolvimentismo. Rio de Janeiro: Contraponto, 2004.

BOBBIO, N.; MATTEUCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de política*. Brasília, DF: Ed. UnB, 1995.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. de. *Saúde e previdência*: estudos de política social. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1986.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/Con1988br.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2003.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/>>. Acesso em: 1 out. 2004.

BRASIL. *II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979)*. Brasília, DF: Senado Federal, 1974.

CARVALHO, J. M. de. *Cidadania no Brasil*: o longo caminho. 7. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

CASA DE OSWALDO CRUZ. *Guia do acervo da Casa de Oswaldo Cruz*. Rio de Janeiro, 1995.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7., 1980, Brasília. *Relatório final*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1980.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. *Anais da...* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.

CORDEIRO, H. *As empresas médicas*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

CORDEIRO, H. *O Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri, 1991.

COSTA, J. F. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

COSTA, N. R. *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1985.

DATASUS. *Informações de saúde: saúde suplementar*. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B4958C7D0E0F359G4113HIJd7L27M0N&VInclude=../site/infsaude.php>>. Acesso em: 5 fev. 2007.

DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.

DRAIBE, S. M. *O Welfare state no Brasil: características e perspectivas*. São Paulo: ANPOCS, 1989. (Ciências sociais hoje).

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. cap. 10, p. 385-434.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. cap. 10, p. 333-384.

ESPING-ANDERSEN, G. O futuro do Welfare State na nova ordem mundial. *Lua Nova*, n. 35, p. 73-111, 1995.

FARIA, T. W. *Dilemas e consensos: a seguridade social brasileira na Assembléia Nacional Constituinte de 1987/88: um estudo das micro-relações político-institucionais entre saúde e previdência social no Brasil*. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

FERREIRA, B. C. *Trabalhadores, sindicato, cidadania: nordeste em tempos de Vargas*. São Paulo: Estudos e Edições Ad Hominem; Natal: Cooperativa Cultural da UFRN, 1997.

FIORI, J. L. *Em busca do dissenso perdido: ensaios críticos sobre a festejada crise do Estado*. Rio de Janeiro: Insight, 1995.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

HAMILTON, W.; FONSECA, C. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. *História, Ciências, Saúde*: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.791-825, set./dez. 2003.

HOCHMAN, G.; FONSECA, C. M. O. O que há de novo?: políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, D. (Org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1999. p. 73-93.

LAFER, C. O significado da república. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 214-224, 1989.

LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. *Política e gestão da saúde no Brasil: desafios para a Visa*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2003. Texto didático para o curso de atualização em gestão da vigilância sanitária para dirigentes municipais do Estado do Rio de Janeiro.

LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde: uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz: OPAS, 2002. p. 23-116.

LIMA, N. T. *Um sertão chamado Brasil: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional*. Rio de Janeiro: Revan, 1998.

LIMA, N. T.; FONSECA, C.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva. In: LIMA, N. T. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 27-58.

LUZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MALLOY, J. M. *A política da Previdência Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

MENICUCCI, T. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

NEGRO, A. L.; FORTES, A. Historiografia, trabalho e cidadania no Brasil. In: FERREIRA, J.; DELGADO, L. A. N. (Org.). *O Brasil republicano: o tempo do nacional-estatismo: do início da década de 30 ao apogeu do Estado Novo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

NUNES, E. *A gramática política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1997.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. *(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.

PENA, M. V. J. Saúde nos planos nacionais de desenvolvimento. *Dados: revista de ciências sociais*, Rio de Janeiro, n. 16, p. 69-96, 1977.

REIS, J. R. F. Cultura de direitos e Estado: os caminhos (in)certos da cidadania no Brasil. In: MOROSINI, M. V. G. (Org.). *Sociedade, estado e direito à saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 15-62.

RIVERA, F. J. U. Planejamento em saúde na América Latina: revisão crítica. In: RIVERA, F. J. U.; MATUS, C.; TESTA, M. (Org.). *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989. p. 13-55.

RODRIGUEZ, O. *Teoria do subdesenvolvimento da CEPAL*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1981.

ROSEN, G. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec: Unesp: Abrasco, 1994.

SANTOS, F. D. dos et al. *Revisitando a Amazônia*: expedição aos Rios Negro e Branco refaz percurso de Carlos Chagas em 1913. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, 1996.

SANTOS, L. A. de C. O pensamento sanitário na primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados: revista de ciências sociais*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1985.

SANTOS, W. G. *Cidadania e justiça*: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SOLA, L. *Idéias econômicas, decisões políticas*: desenvolvimento, estabilidade e populismo. São Paulo: EDUSP: FAPESP, 1998.

SORJ, B. *A democracia inesperada*: cidadania, direitos humanos e desigualdade social. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2004.

TEIXEIRA, S. M. F. (Org.). *Antecedentes da reforma sanitária*. Rio de Janeiro: DAPS/Ensp/Fiocruz, 1988. Primeiro Relatório da pesquisa "Estudo das Políticas e Estratégias de construção do sistema de saúde: perspectivas da reforma sanitária".

THIELEN, E. V. et al. *Ciência a caminho da roça*: imagens das expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil entre 1911 e 1913. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 1991.

VIANA, A. L. d'Á.; LEVCOVITZ, E. Proteção social: introduzindo o debate. In: VIANA, A. L. d'Á.; ELIAS, P. E.; IBANEZ, N. (Org.). *Proteção social*: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 15-57.

WEFFORT, F. C. *Formação do pensamento político brasileiro*: ideias e personagens. São Paulo: Ática, 20p.