

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: Uma Trajetória do Império à Criação do SUS

Karina Wahhab Kucharski¹
Iara Denise Endruweit Battisti²
Denise Medianeira Mariotti Fernandes³
Zélia Ferreira Caçador Anastácio⁴

RESUMO

A trajetória das políticas de saúde no Brasil está relacionada diretamente à evolução política, social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los. A lógica do processo evolutivo sempre obedeceu à ótica do avanço do capitalismo, sofrendo forte pressão e intervenção internacional. O artigo apresenta as mudanças ocorridas no decorrer da história da saúde pública no Brasil, com objetivo de expor, sucintamente, o percurso da saúde pública brasileira, desde os primeiros passos no período da colonização, passando pelas épocas do Império, da República, do Militarismo, da Redemocratização, até o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Este estudo é uma revisão bibliográfica teórica que utilizou fontes como: livros, artigos científicos, plataformas de pesquisa como SciELO (Scientific Electronic Library Online), Google acadêmico, *sites* do Ministério da Saúde e da Fundação Nacional de Saúde. Concluiu-se que a saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do Estado brasileiro, sendo sempre deixada na periferia do sistema, tanto no que diz respeito à solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor. Esta situação crítica impôs a necessidade de mudanças nesse sistema e desencadeou o processo de instituição da reforma sanitária no Brasil, que tem como perspectiva fundamental a criação do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Política-pública; saúde; evolução histórica; Sistema Único de Saúde.

PUBLIC HEALTH POLICIES IN BRAZIL: A TRAJECTORY OF THE EMPIRE TO THE CREATION OF SUS

ABSTRACT

The trajectory of health policies in Brazil is directly related to the political, social and economic evolution of Brazilian society, and it is not possible to dissolve them, the logic of the evolutionary process has always obeyed the perspective of the advance of capitalism, suffering strong pressure and international intervention. The article presents the changes that have occurred during the history of public health in Brazil, with the aim of briefly presenting the path of Brazilian Public Health, from the first steps in the period of Colonization, through the times of the Empire, the Republic, Militarism, Redemocratization, to the emergence of the Unified Health System (SUS). This study is a theoretical literature review that used sources such as: books, scientific articles, research platforms such as Scielo (Scientific Electronic Library Online), Google Scholar, website of the Ministry of Health and the National Health Foundation. It was concluded that health has never occupied a central place within the Brazilian state policy, being always left on the periphery of the system, both with regard to the solution of the major health problems that afflict the population, as well as in the allocation of resources directed to the sector. This critical situation imposed the need for changes in this system and triggered the process of implementation of the health reform in Brazil, which has as its fundamental perspective the construction of the Unified Health System.

Keywords: Public policy; health; historical evolution; Unified Health System.

ACEITO EM 19/12/2021

¹ Autor correspondente: Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) – Campus Cerro Largo. Av. Jacob Reinaldo Haupenthal, 1580 – Bairro São Pedro, Cerro Largo/RS, Brasil. CEP 97900-000. <http://lattes.cnpq.br/8368653290392866>. <https://orcid.org/0000-0001-6888-5798>. karinawkucharski@gmail.com

² Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) – Campus Cerro Largo. Cerro Largo/RS, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/3720178010744127>. <https://orcid.org/0000-0001-9740-4199>. iara.battisti@uffs.edu.br

³ Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) – Campus Cerro Largo. Cerro Largo/RS, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/7903808619800540>. <https://orcid.org/0000-0001-5684-0453>. denise.fernandes@uffs.edu.br

⁴ Centro de Investigação em Estudos da Criança – Universidade do Minho. Braga/Portugal. <https://orcid.org/0000-0002-3786-6559>. zeliarf@ie.uminho.pt

INTRODUÇÃO

A evolução histórica das políticas públicas de saúde no Brasil e suas intervenções em cada período histórico estabeleceram estreita ligação com os movimentos políticos, sociais e econômicos correspondentes. Ela sempre acompanhou as tendências vigentes na sociedade, organizando-se de acordo com as necessidades e interesses específicos da população e/ou dos governos.

As conquistas dos direitos sociais, de saúde e previdência social são resultado de muita luta da população, dos trabalhadores, de entidades sociais, e tantas outras organizações, que travaram muitas batalhas no decorrer da História, o que culminou com a conquista dos direitos sociais assegurados pela Constituição Federal de 1988. Direitos estes que vêm sendo ameaçados constantemente pelas fragilidades que o próprio sistema enfrenta, de falta de reajuste dos valores repassados, atrasos nos repasses financeiros, gestão desqualificada em alguns setores, entre outros (POLIGNANO, 2020).

Foram décadas de luta por um sistema mais igualitário e universal, com necessidade de uma estrutura organizativa, participativa e transparente, por meio da elaboração de políticas públicas, formação dos profissionais da saúde, gerenciamento, fiscalização, investimento de recursos e participação da comunidade, para garantir a existência e eficiência de um Sistema Único de Saúde – SUS (HOCHMAN, 2005). O objetivo do estudo é apresentar, resumidamente, o percurso da saúde pública brasileira, desde os primeiros passos no período da colonização, passando pelas épocas do Império, da República, do Militarismo, da Redemocratização, até o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Com a justificativa de que o conhecimento deste processo histórico é importante para defesa, manutenção e qualificação do SUS, atualmente fragilizado pelas medidas pró-cíclicas de austeridade fiscal, baseadas na redução do gasto público com políticas sociais adotadas pelo governo desde 2015 (VIEIRA, 2016).

A partir de uma revisão bibliográfica, o estudo será descrito em períodos históricos, partindo do período do descobrimento do Brasil ao Primeiro Reinado, Primeira República (1889 até 1930), o nascimento da previdência social, primeiro governo Vargas, o Estado Novo e a previdência social, o golpe de 64 e suas consequências na saúde e a criação do Sistema Único de Saúde – SUS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica teórica, para o qual utilizou-se como fonte: livros, artigos científicos, plataformas de pesquisa como: SciELO (Scientific Electronic Library Online), Google acadêmico, revistas científicas, *sites* do Ministério da Saúde e da Fundação Nacional de Saúde. O estudo foi iniciado em fevereiro de 2020 e concluído em setembro do mesmo ano, tendo como palavras-chave: política-pública, Saúde, evolução histórica, Sistema Único de Saúde. O texto abordará a evolução das políticas públicas de saúde no Brasil, do Império até a criação do Sistema Único de Saúde – SUS. Os dados foram analisados e organizados de acordo com os materiais publicados relacionados ao tema da pesquisa. Os critérios de inclusão utilizados foram artigos que abordassem a história da saúde no Brasil, publicados a partir da década de 80 até 2020. Os critérios de exclusão estão associados a artigos que não contemplem o tema proposto pela pesquisa.

DISCUSSÃO

Do descobrimento do Brasil ao primeiro reinado

Antes da chegada de europeus em território brasileiro, os povos indígenas já o habitavam há centenas de anos e já sofriam de algumas enfermidades. Com a colonização portuguesa doenças comuns na Europa, que não existiam no Brasil, acabaram sendo trazidas, acarretando na morte de milhares de indígenas. Nesse período a atenção à saúde limitava-se aos próprios recursos da terra (plantas, ervas) e àqueles que, por conhecimentos empíricos (curandeiros), desenvolviam as suas habilidades na arte de curar (POLIGNANO, 2020).

A vinda da família real para o Brasil criou a necessidade da organização de uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro e deu início a uma série de medidas sanitárias para suprir essa carência. Até o período de 1850 as atividades de saúde pública eram muito limitadas, resumindo-se à delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais e ao controle de navios e saúde dos portos, para evitar as barreiras sanitárias dos países da Europa e para garantir o fluxo de exportação dos produtos brasileiros (BAPTISTA; MACHADO; LIMA, 2007).

O tipo de organização política do Império era de um regime de governo unitário e centralizador, que se mostrava incapaz de dar continuidade e eficiência na transmissão e execução a distância das determinações emanadas dos comandos centrais. A carência de profissionais médicos no Brasil Colônia e no Brasil Império eram enormes. No Rio de Janeiro, por exemplo, em 1789, só existiam quatro médicos exercendo a profissão. Em outros Estados brasileiros praticamente não havia estes profissionais (POLIGNANO, 2020).

Em meados do século 17 uma profunda crise demográfica ocorreu no Brasil devido a uma epidemia de sarampo, abalando a incipiente economia colonial. Após esse fato, as epidemias passaram a receber a atenção governamental, sobretudo em razão dos prejuízos causados à política econômica, pois os navios estrangeiros passaram a evitar os nossos portos com medo do contágio (CORREA; RANGEL; SPERANDIO, 2004).

Nesse sentido, as primeiras ações de saúde pública no Brasil colônia foram: proteção e saneamento das cidades, principalmente as portuárias; controle e observação das doenças e doentes, promovendo uma prática mais eficaz no controle das moléstias. Essas ações denotavam a preocupação com a saúde da cidade e dos produtos que eram comercializados, pois a assistência ao trabalhador resumia-se na prática da quarentena para evitar a propagação das doenças (BAPTISTA; MACHADO; LIMA, 2007).

Em 1808, Dom João VI fundou a primeira escola de Medicina na Bahia, o Colégio Médico – Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador. No mês de novembro do mesmo ano foi criada a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, anexa ao Real Hospital Militar (PÔRTO, 2006).

Primeira República 1889 até 1930

Quanto ao quadro político, após a Proclamação da República, estabeleceu-se uma forma de organização jurídico-política típica do Estado capitalista. Essa nova forma de organização do aparelho estatal, no entanto, assegurou apenas as condições formais

da representação burguesa clássica, especialmente a adoção do voto direto pelo sufrágio universal. A manutenção do controle político pelos grandes proprietários de terras impôs ainda normas de exercício do poder que representavam os interesses capitalistas predominantemente agrários. Apenas a eleição do presidente da República pelo voto direto, de quatro em quatro anos, produziu lutas efetivas em que se condensavam os conflitos no interior do sistema (POLIGNANO, 2020).

Referente às questões de saúde a falta de um modelo sanitário para o país deixava as cidades brasileiras à mercê das epidemias. No início do século 21, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam a população, como a varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente a peste, o que acabou gerando sérias consequências tanto para a saúde coletiva quanto para outros setores, como o do comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em razão da situação sanitária existente na cidade (BERTOLLI FILHO, 1996)

No governo de Rodrigues Alves (1902-1906), o então presidente do Brasil nomeou Oswaldo Cruz como diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que propôs erradicar a epidemia de febre amarela na cidade do Rio de Janeiro, criando um verdadeiro exército de 1.500 pessoas que passaram a exercer atividades de desinfecção no combate ao mosquito, vetor da febre amarela. A falta de esclarecimentos e as arbitrariedades cometidas pelos “guardas sanitários” causaram revolta na população. Este modelo de intervenção ficou conhecido como “campanhista”, e foi concebido dentro de uma visão militar em que os fins justificam os meios, e no qual o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação (COSTA e SILVA *et al.*, 2010).

A onda de insatisfação se agrava com outra medida de Oswaldo Cruz, a Lei Federal nº 1.261, de 31 de outubro de 1904, que instituiu a vacinação contra a varíola obrigatória para todo o território nacional. Surge, então, um grande movimento popular de revolta que ficou conhecido na história como a “revolta da vacina”. Apesar das arbitrariedades e dos abusos cometidos, o modelo “campanhista” obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas, conseguindo inclusive erradicar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro, o que fortaleceu o modelo proposto e o tornou hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva durante décadas (BERTOLLI FILHO, 1996).

Neste período, Oswaldo Cruz procurou organizar a diretoria geral de saúde pública, criando uma seção demográfica, um laboratório bacteriológico, um serviço de engenharia sanitária e de profilaxia da febre amarela, a inspetoria de isolamento e desinfecção e o instituto soroterápico federal, posteriormente transformado no Instituto Oswaldo Cruz. Na reforma promovida por ele foram incorporados como elementos das ações de saúde o registro demográfico, possibilitando conhecer a composição e os fatos vitais de importância da população, a introdução do laboratório como auxiliar do diagnóstico etiológico e a fabricação organizada de produtos profiláticos para uso em massa (OLIVEIRA, 2000).

Carlos Chagas foi o sucessor de Oswaldo Cruz, em 1920. Reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, então ligado ao Ministério da Justiça, e introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação, inovando o modelo “campanhista” de Oswaldo Cruz, que era puramente fiscal e policial. Criaram-se órgãos

especializados na luta contra a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas. A assistência hospitalar, infantil e a higiene industrial destacaram-se como problemas individualizados. Expandiram-se as atividades de saneamento para outros Estados, além do Rio de Janeiro, e criou-se a Escola de Enfermagem Anna Nery (COSTA e SILVA *et al.*, 2010).

No decorrer do tempo, com o controle das epidemias nas grandes cidades brasileiras, o modelo “campanhista” deslocou a sua ação para o campo e para o combate das denominadas endemias rurais. Este modelo de atuação foi amplamente utilizado pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública – Sucam – no combate a diversas endemias, como Chagas, esquistossomose, entre outras, sendo esta posteriormente incorporada à Fundação Nacional de Saúde (LUZ, 1991).

O nascimento da previdência social

No início do século 21 a economia brasileira era basicamente agroexportadora, assentada na monocultura do café. A acumulação capitalista advinda do comércio exterior tornou possível o início do processo de industrialização no país, que se deu principalmente no eixo Rio de Janeiro e São Paulo. Este processo foi acompanhado de uma urbanização crescente, e da utilização de imigrantes, especialmente italianos e portugueses, como mão de obra nas indústrias, visto que estes já possuíam grande experiência neste setor, que já era muito desenvolvido na Europa (POLIGNANO, 2020).

Os operários na época não tinham quaisquer garantias trabalhistas, tais como: férias, jornada de trabalho definida, pensão ou aposentadoria, mas os imigrantes, especialmente os italianos (anarquistas), traziam consigo a história do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas que já tinham sido conquistados pelos trabalhadores europeus, e desta forma procuraram mobilizar e organizar a classe operária no Brasil na luta pela conquista dos seus direitos. Em virtude das péssimas condições de trabalho existentes e da falta de garantias de direitos trabalhistas, o movimento operário organizou e realizou duas greves gerais no país, uma em 1917 e outra em 1919. Por meio desses movimentos os operários começaram a conquistar alguns direitos sociais (CUNHA; CUNHA, 1998).

Estes movimentos levaram à aprovação da Lei Eloy Chaves, em 1924, pelo Congresso Nacional, a qual foi o marco inicial da previdência social no Brasil. Mediante essa lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), mas por pressão da oligarquia rural foi imposta a condição de que este benefício não seria estendido aos trabalhadores rurais. Fato que na história da previdência do Brasil perdurou até a década de 60, do século 20, quando foi criado o Funrural. Outra particularidade refere-se ao fato de que as Caixas deveriam ser organizadas por empresas e não por categorias profissionais. A criação de uma CAP também não era automática, dependia do poder de mobilização e organização dos trabalhadores de determinada empresa para reivindicar a sua criação (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

A primeira CAP criada foi a dos ferroviários, o que pode ser explicado pela importância que este setor desempenhava na economia do país naquela época e pela capacidade de mobilização que a categoria dos ferroviários possuía. O Estado não participava propriamente do custeio das Caixas, que de acordo com o determinado no artigo 3º da lei Eloy Chaves, elas eram mantidas por empregados das empresas (3% dos respectivos vencimentos); empresas (1% da renda bruta) e consumidores dos seus serviços (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

Primeiro governo Vargas

A crise de 1929 atingiu fortemente o setor agrário-exportador, levando o Estado a tomar novas medidas e redefinindo a sua organização, imprimindo novos caminhos na vida dos brasileiros. Em 1930 foi instalada a revolução, que rompe com a política do “café com leite”, entre São Paulo e Minas Gerais, que sucessivamente elegiam os presidentes da República. A partir desta realidade Getúlio Vargas é eleito presidente da República (BERTOLLI FILHO, 1996).

Vargas assume e inicia um processo de muitas mudanças na estrutura do Estado, as quais objetivavam promover a expansão do sistema econômico estabelecendo-se, paralelamente, uma nova legislação que ordenasse a efetivação dessas mudanças: foram criados o “Ministério do Trabalho”, o da “Indústria e Comércio”, o “Ministério da Educação e Saúde” e juntas de arbitramento trabalhista (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

Em 1934, com a nova Constituição, o Estado e o setor industrial por meio dele, instituiu uma política social de massas que na Constituição se configura no capítulo sobre a ordem econômica e social. A instauração do Estado Novo representava o acordo entre a grande propriedade agrária e a burguesia industrial historicamente frágil. Coube então ao Estado Novo acentuar e dirigir o processo de expansão do capitalismo no campo, de maneira a impedir que nele ocorressem alterações radicais na estrutura da grande propriedade agrária (BERTOLLI FILHO, 1996).

Em 1937 é promulgada nova Constituição que reforça o centralismo e a autoridade presidencial, instalando-se uma ditadura. O trabalhismo oficial e as suas práticas foram reforçadas a partir de 1940 com a imposição de um sindicato único e pela exigência do pagamento de uma contribuição sindical. Em 1939 regulamenta-se a Justiça do Trabalho e em 1943 é homologada a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), (POLIGNANO, 2020).

A maior expansão do setor industrial ficou concentrada na região Centro-Sul, São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, reforçando ainda mais a importância econômica e financeira desta área na dinâmica das transformações da infraestrutura nacional. Isto acentuou os desequilíbrios regionais, especialmente na região Nordeste, gerando um grande êxodo desta população para as regiões industrializadas e a proliferação das favelas nestes grandes centros (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

A crescente massa assalariada urbana passa a se constituir no ponto de sustentação política do novo governo de Getúlio Vargas. Mediante um regime corporativista são promulgadas as leis trabalhistas, que procuram estabelecer um contrato capital-trabalho, garantindo direitos sociais ao trabalhador e ao mesmo tempo cria-se a estrutura sindical do Estado (POLIGNANO, 2020).

O Estado Novo e a previdência social

No que tange à previdência social, a política do Estado pretendeu estender os benefícios da previdência a todas as categorias do operariado urbano organizado. Desta forma, as antigas CAPs são substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs. Nestes Institutos os trabalhadores eram organizados por categoria profissional (marítimos, comerciários, bancários) e não por empresa (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

Em 1933 foi criado o primeiro Instituto de Aposentadoria e Pensões: o dos Marítimos – IAPM. Seu decreto de constituição definia, no artigo 46, os benefícios assegurados aos associados de aposentadoria, pensão em caso de morte, para os membros de suas famílias ou para os beneficiários, na forma do artigo 55, assistência médica e hospitalar, com internação até 30 dias e socorros farmacêuticos, mediante indenização pelo preço do custo acrescido das despesas de administração. Surge então a primeira proposta de seguro à assistência à saúde para os trabalhadores. Conforme a organização das categorias profissionais outros institutos foram sendo criados no país: assim, em 1933 foi criado o primeiro instituto, o de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), em 1934 o dos Comerciantes (IAPC) e dos Bancários (IAPB), em 1936 o dos Industriários (IAPI) e em 1938 o dos Estivadores e Transportadores de Cargas (IAPETEL) (POLIGNANO, 2020).

Segundo NICZ (1988), além de servir como importante mecanismo de controle social, os IAPs tinham, até meados da década de 50, papel fundamental no desenvolvimento econômico desse período, como “instrumento de captação de poupança forçada”, por intermédio de seu regime de capitalização.

Caracterizam esta época a participação do Estado no financiamento (embora meramente formal) e na administração dos Institutos, e um esforço ativo no sentido de diminuir as despesas, com a consolidação de um modelo de Previdência mais preocupado com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços. Isso faz com que os superávits dos Institutos constituam um respeitável patrimônio e um instrumento de acumulação na mão do Estado. A Previdência passa a se configurar como ‘sócia’ do Estado nos investimentos de interesse do governo” (CUNHA; CUNHA, 1998).

Até o final dos anos 50 a assistência médica previdenciária não era importante, os técnicos do setor a consideravam secundária no sistema previdenciário brasileiro, e os segurados não faziam dela parte importante de suas reivindicações. Em 1949 foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (Samdu) mantido por todos os institutos e as caixas ainda remanescentes (NICZ, 1988).

Somente a partir da segunda metade da década de 50, com o maior desenvolvimento industrial, com a conseqüente aceleração da urbanização e o assalariamento de parcelas crescente da população, que ocorre maior pressão pela assistência médica via institutos, e viabiliza-se o crescimento de um complexo médico hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários, em que se privilegiam abertamente a contratação de serviços de terceiros (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985). Segundo NICZ (1988), em 1949 as despesas com assistência médica representaram apenas 7,3% do total geral das despesas da previdência social. Em 1960 já sobem para 19,3%, e em 1966 já atingem 24,7% do total geral das despesas, confirmando a importância crescente da assistência médica previdenciária.

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, o que na verdade limitou-se a um mero desmembramento do antigo Ministério da Saúde e Educação sem que isto significasse uma nova postura do governo e uma efetiva preocupação em atender aos importantes

problemas de saúde pública de sua competência. Em 1956 foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), incorporando os antigos serviços nacionais de febre amarela, malária, peste (NICZ, 1988).

O golpe de 64 e suas consequências na saúde

O movimento de 64 contava com suportes políticos extremamente fortes. A maioria da burguesia defendia a internacionalização da economia e das finanças brasileiras. Havia uma preocupação crescente em relação à proliferação do comunismo e do socialismo no mundo, especialmente na América Latina, e que colocava em risco os interesses e a hegemonia do capitalismo, especialmente do norte-americano, pois era o período da chamada guerra fria. Diante destes fatos as Forças Armadas brasileiras articularam e executaram um golpe de Estado em 31 de março de 1964 e instalaram um regime militar, com o aval dos Estados Unidos. Um processo que se repetiu na maioria dos países da América Latina, configurando um ciclo de ditaduras militares em toda a região (BERTOLLI FILHO, 1996).

Com o golpe militar e a instalação no Brasil de um regime autoritário de administração pública, em 1964, houve uma piora sensível na saúde pública, sentida sobretudo pela parcela mais humilde da população (COSTA e SILVA *et al.*, 2010). Nessa época, a política de saúde voltou-se para a expansão de serviços médicos privados (VASCONCELOS, 1999). O governo passou a comprar serviços de assistência médica, e as condições dos brasileiros, expressas em diferentes indicadores, tornaram-se ainda mais críticas (PAIM, 2003).

Foram desenvolvidas inúmeras ações no período militar, entre elas a promulgação do Decreto Lei 200 (1967), que estabeleceu as competências do Ministério da Saúde de formulação e coordenação da política nacional de saúde, responsabilidade pelas atividades médicas ambulatoriais e ações preventivas em geral, controle de drogas e medicamentos e alimentos e pesquisa médico-sanitária. Em 1970 foi criada a Superintendência de Campanhas da Saúde Pública – Sucam – com a atribuição de executar as atividades de erradicação e controle de endemias, sucedendo o Departamento Nacional de Endemias Rurais (Deneru) e a campanha de erradicação da malária (CUNHA; CUNHA, 1998).

Em 1975 foi instituído no papel o Sistema Nacional de Saúde, que estabelecia de forma sistemática o campo de ação na área de saúde, dos setores públicos e privados, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. O documento reconhece e oficializa a dicotomia da questão da saúde, afirmando que a Medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência, e a Medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde, no entanto o governo federal destinou poucos recursos ao Ministério da Saúde, que dessa forma foi incapaz de desenvolver as ações de saúde pública propostas, o que significou na prática uma clara opção pela Medicina curativa, que era mais cara e que, no entanto, contava com recursos garantidos por meio da contribuição dos trabalhadores para o INPS (VASCONCELOS, 1999).

Em 1976 inicia-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass). Concebido na Secretaria de Planejamento da Presidência da República, o Piass configura-se como o primeiro programa de Medicina simplificada do âmbito federal e vai permitir a entrada de técnicos provenientes do “movimento sanitário” no interior do aparelho de Estado. O programa é estendido a todo o território nacional, o que resultou numa grande expansão da rede ambulatorial pública (CUNHA; CUNHA, 1998).

O modelo econômico instituído pela ditadura militar entra em crise em 1975, primeiro porque o capitalismo em âmbito internacional entra num período também de crise; segundo, porque em razão da diminuição do fluxo de capital estrangeiro para mover a economia nacional, o país diminuiu o ritmo de crescimento que em períodos áureos chegou a 10% do PIB, tornando o crescimento econômico não mais sustentável. A ideia de que era preciso fazer crescer o bolo (a economia) para depois redistribuí-lo para a população não se confirma no plano social. Os pobres ficaram mais pobres e a concentração de renda aumentou consideravelmente, com o país sendo um dos que apresentam um dos maiores índices de concentração de renda em âmbito mundial. A população com baixos salários, contidos pela política econômica e pela repressão, passou a conviver com o desemprego e as suas graves consequências sociais, como aumento da marginalidade, das favelas, da mortalidade infantil (LUZ, 1991).

O modelo de saúde previdenciário começa a mostrar as suas fragilidades, por ter priorizado a Medicina curativa; o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias e as epidemias, e os indicadores de saúde, principalmente o de mortalidade infantil, tinham aumentos significativo. O aumento constante dos custos da Medicina curativa, centrada na atenção médica hospitalar de complexidade e custo crescente, a diminuição do crescimento econômico com a respectiva repercussão na arrecadação do sistema previdenciário reduzindo as suas receitas, incapacidade do sistema em atender a uma população cada vez maior de marginalizados, que sem carteira assinada e contribuição previdenciária viam-se excluídos do sistema e desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras por parte do governo federal (PAIM, 2003).

Criação do Sistema Único de Saúde – SUS

Após a falência do modelo econômico do regime militar, a crise brasileira agravou-se, manifestada sobretudo pelo descontrole inflacionário, já a partir do final dos anos 70. Nesse período a sociedade voltava a se mobilizar, exigindo liberdade, democracia e eleição direta para presidente da República, o que levou o último general presidente, João Figueiredo (1979-1985), a acelerar a democratização do país. Uma das medidas foi a extinção do bipartidarismo imposto pelos militares e criaram-se novos partidos políticos. A imprensa livrou-se da censura, os sindicatos ganharam maior liberdade e autonomia e as greves voltaram a marcar presença no cotidiano das cidades brasileiras (BERTOLLI FILHO, 1996).

Esta reorganização da sociedade brasileira desenvolveu-se lentamente e de maneira conflituosa. A partir das eleições de 1982 as negociações entre as forças políticas mais conservadoras e moderadas se sucederam, na busca da ampliação da abertura democrática. Essas negociações colocaram em plano secundário, na verdade quase ex-

cluíram, os sindicatos e partidos de esquerda, recém-formados, apesar do seu sucesso eleitoral nos anos de 1982 e 1984. Os resultados das eleições de 1986 favoreceram as forças conservadoras, graças a procedimentos de corrupção eleitoral, empregados desde a Primeira República. Apesar disso, grande massa de votos foi para os setores e partidos políticos progressistas e de esquerda (LUZ, 1991).

No campo da saúde, foi o movimento sanitário que desencadeou a construção da proposta do Sistema Único de Saúde – SUS. A reforma sanitária reafirmava as ideias de uma série de mudanças e transformações necessárias à saúde. O movimento era composto por várias representações sociais, como técnicos da saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, entre outros), intelectuais, partidos políticos de diferentes correntes ideológicas e movimentos sociais. Ao fim da década de 70 o movimento adquiriu certa maturidade em virtude de uma série de estudos acadêmicos e práticos realizados, principalmente, nas faculdades de Medicina. Nas universidades, o entendimento de Medicina tornava-se cada vez mais social, pensando a saúde como uma série de fatores que vão além do bem-estar do corpo humano (PAIM, 2003).

Esse movimento inicia-se também nos conselhos regionais de classes, no Conselho Nacional de Medicina e na Associação Médica Brasileira, as entidades médicas começam a ser renovadas. A criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, também é importante na luta pela reforma sanitária. A entidade surge com o propósito de lutar pela democracia e de ser um espaço de divulgação do movimento sanitário (BAPTISTA; MACHADO; LIMA, 2007).

Em 1986 foi realizada em Brasília, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação de trabalhadores, governo, usuários e parte dos prestadores de serviços de saúde. Precedida de conferências municipais e estaduais, a 8ª CNS significou um marco na formulação das propostas de mudança do setor saúde, consolidadas na Reforma Sanitária brasileira. Seu documento final sistematiza o processo de construção de um modelo reformador para a saúde, que é definida 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 (CUNHA; CUNHA, 1998).

Em 1988 a Assembleia Nacional Constituinte aprovou a nova Constituição Brasileira, incluindo, pela primeira vez, uma seção sobre a saúde. Esta seção sobre saúde incorporou, em grande parte, os conceitos e propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, podendo-se dizer que na essência, a Constituição adotou a proposta da Reforma Sanitária e do SUS. Enquanto resultante dos embates e das diferentes propostas em relação ao setor saúde presentes na Assembleia Nacional Constituinte, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (COSTA e SILVA *et al.*, 2010).

O processo de construção do Sistema Único de Saúde é resultante de um conjunto de embates políticos e ideológicos, travados por diferentes atores sociais ao longo dos anos. Decorrente de concepções diferenciadas, as políticas de saúde e as formas como se organizam os serviços têm uma longa trajetória de formulações e de lutas. A

busca de referências históricas do processo de formulação das políticas de saúde, e da vinculação da saúde com o contexto político mais geral do país, pode contribuir para um melhor entendimento do momento atual e do próprio significado do SUS (CUNHA; CUNHA, 1998).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta breve trajetória de construção das políticas públicas podemos concluir que as narrativas em torno da Reforma Sanitária não são unânimes e, em alguns casos, são até concorrentes. Em disputa, partem e constroem quadros bastante diferentes sobre a reforma da saúde no Brasil. O que chamamos de Reforma Sanitária brasileira, envolve, portanto, posições e perspectivas bastante distintas a respeito da organização setorial da saúde, como também das relações desse setor com a sociedade.

Esses diferentes entendimentos por vezes não deixam de repercutir no modo como a trajetória da reforma é compreendida e contada, mais do que isso, conforma e legitima parte de suas diferentes formas de condução, bem como alimenta expectativas e frustrações vividas pelos mais diferentes atores em nossos dias. De uma forma ou de outra, a maneira como descrevemos as experiências vividas na construção da reforma sanitária e do SUS nos desafia a pensar no que ainda precisamos construir e o quanto necessitamos lutar para manutenção daquilo que já conquistamos no decorrer da História. Sendo assim, a história da Reforma Sanitária brasileira, e de suas diferentes narrativas, não deixa de ser, portanto, a matriz de sua experiência presente e futura.

REFERÊNCIAS

- BAPTISTA, T. W.; MACHADO, C.V.; LIMA, L. D. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (org.). *Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007. Cap. 1. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Configura%C3%A7%C3%A3oInstitucional.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2020.
- BERTOLLI FILHO, C. *História da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Ática, 1996.
- CORREA, C. R. S.; RANGEL, H. A.; SPERANDIO, A. M. G. Evolução das políticas públicas de saúde no Brasil. In: MARTINS, José Pedro Soares; RANGEL, Humberto de Araújo (org.). *Campinas no rumo das comunidades saudáveis*. [S.l.]: IPES Editorial, 2004. Cap. 4. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Campinasnorumodascomunidadesaudaveis.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2020.
- COSTA e SILVA, C. M.; MENEGHIM, M. C.; PEREIRA, A. C.; MIALHE, F. L. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2.539-2.550, ago. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500028&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 13 mar. 2020.
- CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. *Sistema Único de Saúde – SUS: princípios*. In: CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA JÚNIOR, M.; TONON, L. M. *Cadernos de Saúde*. Planejamento e gestão em saúde. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. p. 11-26. Cap. 2. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/CUNHA,%20J.%20P.%20P./1010>. Acesso em: 3 abr. 2020.
- FRANÇA, S. B. A presença do Estado no setor saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*, v. 49, n. 3, p. 85-100, 1998.
- HOCHMAN, G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). *Educ. Rev.*, 25, p. 127-141, 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.370>. Acesso em: 6 fev. 2020.
- LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:redede.virtual.bibliotecas:artigo.revista:1998;1000547948>. Acesso em: 10 maio 2020.

NICZ, L. F. Previdência social no Brasil. In: GONÇALVES, Ernesto L. *Administração de saúde no Brasil*. São Paulo: Pioneira, 1988. p. 163-197. Cap. 3.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo; TEIXEIRA, Sônia M. F. Teixeira. *(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1985.

OLIVEIRA, R. M. *A produção do conhecimento em escala local: repensando a relação entre a investigação científica e a experiência dos grupos populares*. 2000. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4576/2/85.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

PAIM, JS. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* [online]. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. *História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão*. Disponível em: www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo23p.pdf. Acesso em: 14 jan. 2020.

PÔRTO, Ângela. *O sistema de saúde escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1.019-1.027, out./dez. 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702006000400013&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 20 maio 2020.

VASCONCELOS Junior, Jorge. *Instituto Nacional de Seguro Social (INSS): uma análise da "modernização" da previdência social brasileira*. TEDE PUC/ Teses e Dissertações do Programa de Pós-Graduação da PUC/ Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Porto Alegre – RS, 1999. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/browse?type=author&value=Vasconcelos+Junior%2C+Jorge+Og+de>.

VIEIRA, F. S. *Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser apreendidas?* Brasília: Ipea, 2016. (Nota Técnica, n. 26). Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7266>. Acesso em: 17 jun. 2020.