

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 385-434.

1) 1964-1974: Autoritarismo e privatização – a primeira década da ditadura militar

O primeiro governo do regime ditatorial, com Castelo Branco na presidência, estabeleceu a institucionalidade do novo regime, ou seja, as regras do jogo que perdurariam por quase vinte anos e que podem ser resumidas em: ampliação do poder executivo, praticamente a extinção de qualquer oposição política, eleições indiretas para presidência da República e dos estados, censura e forte repressão a qualquer discordância ao regime. Na economia, a fórmula adotada foi a de “aumentar o bolo para depois dividir”: de fato houve um grande crescimento na economia – o chamado ‘milagre econômico’ – baseado no arrocho salarial e na transnacionalização crescente da estrutura produtiva. Enquanto o crescimento econômico era usado para mascarar a falta de liberdade, crescia a desigualdade social. Esse modelo de modernização baseou-se no incremento financeiro governamental com a infra-estrutura econômica e forte redução nas políticas sociais. As reformas realizadas nesse sentido, além de favorecerem a acumulação capitalista, submeteram o Estado às regras do capital privado.

Na medida em que as reformas conseguiram normalizar a economia, mas não acelerar o crescimento, a partir de 1968 foi implementada uma política de expansão do crédito favorecendo a construção civil, a indústria automobilística e outras indústrias de bens duráveis de consumo. O capital internacional encontrava no país as condições ideais para investimento: mão-de-obra abundante, salários baixos e repressão à atividade política e à organização sindical. Foi um período de grande crescimento econômico do país e empobrecimento de grandes massas. A partir de 1973, esse modelo começou a perder fôlego devido aos limites da infra-estrutura física e com a primeira crise do petróleo, em 1974, esgotou-se. O saldo dos dez primeiros anos de regime militar foi a concentração de renda, o arrocho salarial, com perda do poder aquisitivo do salário mínimo, aumento dos preços, a diminuição da oferta de alimentos e o colapso dos serviços públicos de transporte e de saúde. Como consequência, as classes médias urbanas e os setores empobrecidos da população retiraram o seu apoio ao governo militar.

As principais medidas implementadas no período, relativas às políticas sociais, foram: o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS); o Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação de Patrimônio do Servidor Público (Pasep).

Todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com o que os benefícios para os trabalhadores segurados foram uniformizados. Sua organização altamente centralizada foi eliminando a gestão tripartite (União, empregadores e empregados), afastando os últimos dos processos decisórios. Houve ampliação da cobertura previdenciária para acidentados de trabalho, trabalhador rural, domésticas e autônomos. Aqueles que não contribuíam para a previdência social podiam obter atenção à saúde desde que integrassem o perfil dos programas (materno-infantil, tuberculose, hanseníase, etc.), em serviços filantrópicos ou, para aqueles que pudessem pagar, em consultórios e clínicas privadas.

Características da previdência social no período:

- Cobertura previdenciária para os trabalhadores urbanos formalmente inseridos;
- Prática médica individual, assistencialista e especializada em detrimento das ações de saúde pública de caráter preventivo e interesse coletivo;
- Estímulo à criação de um complexo médico-industrial com elevadas taxas de acumulação de capital nas grandes empresas produtoras de medicamentos e de equipamentos;
- Padrão da prática médica orientado para a lucratividade do setor saúde;
- Organização da prática médica em moldes capitalistas.

Até 1964, a assistência médica previdenciária era prestada, principalmente, pela rede de serviços próprios dos IAPs, compostas por hospitais, ambulatórios e consultórios médicos. A partir da criação do INPS, alegando a incapacidade de a rede própria de serviços fornecer assistência médica a todos os beneficiários, foi priorizada a contratação de serviços de terceiros. Essa tendência de abandono das ações executivas, em benefício do setor privado foi estabelecida para todos os ministérios, nas Constituições de 1967 e de 1969, bem como no decreto-lei 200/1968.

O INPS passou a ser o grande comprador de serviços privados de saúde, estimulando um padrão de organização da prática médica orientado pelo lucro. O credenciamento e a remuneração por Unidades de Serviço (US) foi um fator incontrolável de corrupção: os serviços inventavam pacientes ou ações que não tinham sido praticadas ou faziam apenas aquelas que eram mais bem-remuneradas, como o parto por cesariana ao invés do parto normal.

Outra modalidade sustentada pela previdência social foi a dos convênios com empresas, a medicina de grupo. Nesses convênios, a empresa assumia a assistência médica aos seus empregados e deixava de contribuir ao INPS. Os serviços eram prestados por empresa médica (medicina de grupo) contratada, que recebia um valor fixo por trabalhador, a cada mês. Dessa forma, quanto menos atendesse, maior seria o seu lucro. Entretanto, os casos mais complexos ou que exigissem mais tempo de internação continuavam a ser atendidos pela previdência social.

Com os baixos orçamentos que recebia o MS (menos de 2% do PIB), a saúde pública tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia.

O MS propôs, em 1968, o Plano Nacional de Saúde que pretendia vender todos os hospitais governamentais à iniciativa privada, deixando ao Estado o papel de financiar os serviços privados que seriam também parcialmente custeados pelos pacientes. Esse plano foi implantado experimentalmente em algumas localidades, mas encontrou enormes resistências, inclusive do próprio corpo técnico da previdência social.

Nessa primeira década do regime militar, vários pesquisadores tiveram seus direitos políticos cassados, laboratórios fechados e/ou foram sumariamente aposentados e impedidos de lecionar e pesquisar em qualquer centro científico do país, fazendo com que muitos emigrassem e institutos de pesquisa, como Manguinhos, entrassem em decadência.

2) Origens do movimento da Reforma Sanitária

No começo da década de 1960 se difundiu, nos Estados Unidos, um modelo preventivista de atenção à saúde que pretendia mudar a prática médica pela inclusão da prevenção, mas sem alterar a forma liberal de organização da atenção à saúde. No mesmo período, no Brasil, os departamentos de Medicina Preventiva

criados pelo próprio regime militar, desenvolvem experiências alternativas as quais congregavam elementos da medicina preventiva e da medicina comunitária. Essas experiências foram estimuladas por organismos internacionais como OPAS, Fundação Kellogg, Fundação Ford e outras. Mesmo o governo ditatorial via em tais experiências a possibilidade de atender à crescente pressão por assistência à saúde.

Alguns DMPs passaram a questionar o ideário preventivista, considerando-o insuficiente para analisar e transformar a realidade sanitária do país. Alternativamente, construiu-se uma 'teoria social da saúde' a partir da abordagem histórico-estrutural, materialista, marxista, que criticava tanto a medicina preventivista liberal, quanto a racionalizadora técnica. Essa posição que ainda não constituía um movimento, iniciou uma luta pela hegemonia no interior do próprio 'movimento preventivista'. Em meados da década de 1970 as bases teóricas da saúde coletiva no Brasil estavam desenvolvidas com as defesas das teses *Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*, de Cecília Donnangelo, e *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*, de Sérgio Arouca. A teoria social da medicina adotou como conceitos básicos a determinação social da doença, a historicidade do conceito saúde-doença, o processo de trabalho, o poder médico e a medicalização. Como conceitos estratégicos, a abordagem médico-social adotaria a prática política e a consciência sanitária como parte da consciência social, visando, a partir dessa prática, a uma transformação social.

Buscando um relacionamento entre a produção do conhecimento e a prática política, a universidade tomou o campo das políticas públicas como arena de atuação. Nascia o movimento sanitário cuja organização transcendeu seu objetivo específico, envolvendo lutas mais gerais daquele momento: a democratização do país e o fortalecimento das organizações da sociedade civil.

3) 1974-1979: Distensão do regime autoritário e articulação do movimento sanitário

Em 1974 se inicia o período de distensão lenta e gradual do regime militar, durante o governo do general Geisel. A censura foi abrandada e as eleições, mesmo com a imposição do bipartidarismo, ganham o caráter de contestação ao regime: o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), de oposição, elege 16 senadores contra sei da Aliança Renovadora Nacional (Arena), alinhada com a ditadura. O MDB vai se transformando em partido de oposição real¹ servindo de meio para membros dos partidos clandestinos atuarem no parlamento. Paralelamente a esse processo de organização da sociedade brasileira junto ao MDB, outros se articularam com a Igreja Católica (Conferência Nacional de Bispos Brasileiros, CNBB, e Comunidades Eclesiais de Base, CEBs), com o movimento estudantil universitário (União Nacional dos Estudantes, UNE) ou com o movimento sindical, principalmente aquele que surgia no setor metalúrgico da grande São Paulo.

O período Geisel se mostrou aparentemente contraditório: enquanto se esboçava um projeto de distensão e liberalização, a repressão estava à solta, capitaneada pela 'linha dura' militar, contrária a qualquer liberalização do regime: a violência, o número de desaparecidos e mortos sob tortura aumentava e o terrorismo se diversificava (bombas contra bancas de jornal, sedes de jornais alternativos, centros acadêmicos, etc.).

Na área econômica, foi um período de diminuição do crescimento observado nos primeiros anos da ditadura, aumento da inflação, crescimento da dívida externa, aumento dos preços, diminuição do poder aquisitivo, diminuição da atividade produtiva e florescimento da especulação financeira. Entretanto, o II

¹ Inicialmente o MDB congregava apenas a oposição consentida pelos militares e os demais partidos oposicionistas simplesmente ficaram na clandestinidade.

Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), elaborado durante os meses que antecederam a posse do general Geisel, reconhecia que o desenvolvimento social deveria ocorrer de forma paralela e progressiva ao desenvolvimento econômico. Estabelecia como prioridades no campo social a educação, particularmente na pós-graduação, e na saúde, principalmente a assistência médica da previdência social. Em relação à saúde, o II PND estabelecia dois grandes campos institucionais - o do MS, de caráter normativo, com ação executiva voltada para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária; e o do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), com atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado. A partir de 1975, o MS teve seus recursos aumentados e a previdência, com a unificação e centralização de recursos, pelo menos aparentemente também parecia robustecida. Desta forma, o II PND possibilitou abrir espaços institucionais para o desenvolvimento de projetos que terminaram por absorver intelectuais e técnicos de oposição ao governo militar, formando uma rede de sustentação de projetos e pessoas, financiando pesquisas, contratando profissionais, promovendo a articulação com as secretarias estaduais de Saúde, elaborando propostas alternativas de organização dos serviços de saúde e de desenvolvimento de recursos humanos. Constituíram, portanto, as bases institucionais que estimularam o movimento sanitário em seu processo de articulação e crescimento.

Ao mesmo tempo, no comando do elevado orçamento do MPAS formou-se uma aliança entre os interesses privados e a burocracia estatal que deu condições para uma crescente privatização dos serviços médicos prestados aos previdenciários, tanto que a maior parte dos recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), criado em dezembro de 1974, foi para a construção e o equipamento de unidades privadas hospitalares.

Um pouco anterior ao FAS foi a formulação do Plano de Pronta Ação (PPA), de setembro de 1974, criado para universalizar o atendimento médico, principalmente de emergência. A previdência comprometia-se a pagar esse atendimento tanto à rede pública quanto à rede privada, independentemente do vínculo previdenciário do paciente. Na realidade, o PPA foi amplamente utilizado para o enriquecimento ilícito de empresas médicas. Em 1978, o presidente do INPS reconheceu a existência de seiscentas mil internações desnecessárias. O FAS e o PPA fizeram da saúde um negócio altamente lucrativo. Logo após a criação da Dataprev, grande parte das contas hospitalares foi recusada, evidenciando os mecanismos de fraudes utilizados até então.

Em 1977 foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), com uma justificativa de racionalizar e tornar mais eficiente o sistema, mas caracterizada por ser centralizadora e excludente dos segurados. Constituíam-se de três institutos (o Inamps, para a assistência médica; o INPS, para os benefícios; e o Iapas, para controle financeiro), duas fundações (a Legião Brasileira de Assistência e a Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor), uma empresa (Dataprev) e uma autarquia (a Central de Medicamentos – CEME).

Conforme Murilo Vilella Bastos: “[o sistema] tem como objetivo produzir serviços pagos, satisfazer a clientela e gerar lucros financeiros, suas atribuições são indefinidas, descoordenadas e conflitantes, seu controle é aleatório e episódico, sua avaliação está baseada na produção de atos remunerados e seus gastos são dispersos, mal conhecidos e sua clientela é mal identificada”.

Durante este período o MS limitou-se a um papel secundário, embora, em seu interior, um grupo novo de técnicos combateu os interesses do setor privado encastelado na previdência social, bem como procurou resgatar o papel condutor da política de saúde para o MS. Enfrentando oposição interna, esse grupo adotou uma proposta de atuação cujo corpo doutrinário era o da medicina comunitária e de extensão de cobertura difundido pelos organismos internacionais – programas fundamentados nos conceitos de

regionalização, hierarquização, integração dos serviços, cuidados primários a cargo de auxiliares de saúde e participação comunitária. Para ocupar o papel de coordenador da política de saúde, o MS ocupou espaços de 'conflito não-conflagrado' como o das Conferências Nacionais de Saúde.

Articulação do movimento sanitário

Movimento sanitário foi o movimento de profissionais da saúde – e de pessoas vinculadas ao setor – que compartilha o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor saúde no Brasil em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania.

Havia, na composição originária do movimento sanitário, três vertentes principais: o movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes); os movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica; e os profissionais das áreas de docência e pesquisa das universidades. A primeira caracteriza-se por difundir a teoria da medicina social. A segunda significou a atuação política na arena concreta do mundo do trabalho. A terceira construiu o marco teórico – o referencial ideológico – do movimento, e nela se formaram os agentes reprodutores e os novos construtores desse marco.

Experiências institucionais

Três grandes projetos de âmbito nacional ou regional se desenvolveram na segunda metade da década de 1970, dando concretude às idéias da Reforma Sanitária e servindo para acumular experiências nas instituições federais gestoras dos serviços de saúde ou definidoras da política de saúde. Foram eles:

- a) O Plano de Localização de Serviços de Saúde (Plus): criado para planejar a expansão física dos serviços de saúde da previdência social, experimentou uma metodologia de programação de serviços, algo pouco comum nas instituições de serviços. Considerava, na programação, a população total e o total de serviços, aplicando o princípio da universalização dos serviços. Seus resultados teóricos evidenciaram que existia uma forma mais racional e justa de distribuição dos serviços de saúde já existentes. Também demonstravam o excesso de leitos hospitalares em algumas regiões metropolitanas e sugeriam o descredenciamento de leitos privados e a realização de convênios com secretarias estaduais e municipais e outras instituições públicas. Foi um palco de luta no interior do INPS, em que o grupo de saúde pública foi rapidamente derrotado pelos interesses mercantilistas hegemônicos.
- b) O Projeto Montes Claros (PMC): Em sua primeira fase, entre 1971 e 1974, foi financiado pela Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional (Usaid), que buscava um modelo assistencial de extensão de cobertura de serviços de saúde a baixo custo. No seu decorrer, permitiu experimentar a aplicação dos princípios de regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiente, integralidade da assistência à saúde, atendimento por auxiliares de saúde e participação popular.
- c) O Pias: criado em 1975-1976 para implantar uma estrutura básica de saúde pública em comunidades de até vinte mil habitantes no Nordeste. Unindo a abordagem médico-social ao pensamento sanitário desenvolvimentista, em sua última fase, em 1981, passou a integrar o Programa Nacional de Serviços Básicos.

4) 1979-1984: O fim do regime militar e a crise da previdência social

No primeiro ano do general Figueiredo como presidente da República, foi decretada a anistia política e a reforma partidária extinguindo o bipartidarismo. Seu governo foi marcado por crises provocando o questionamento da legitimidade do regime militar.

- Crise econômica, não só brasileira, mas mundial, que fragilizou a aliança do regime militar com o empresariado nacional. Em conjunto com as pressões das reivindicações populares, sindicais e de entidades de oposição liberal, acirrou uma crise política.
- Crise social: a concentração de renda que já vinha da época do 'milagre econômico' somada ao arrocho salarial e ao desemprego, desencadearam uma série de tumultos ('quebra-quebra' e saques). Por outro lado, os avanços políticos em direção às liberdades democráticas provocaram a reação da extrema-direita, que começou a praticar seqüestros, atos com bombas e incêndios em bancas de jornal.
- Crise moral: perda de legitimidade do regime, denúncias de corrupção e crimes do colarinho branco.

Da realização do I Simpósio Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, em novembro de 1979, até o início das Ações Integradas de Saúde, em 1982, o movimento sanitário foi construindo e ampliando sua organicidade, estabelecendo contatos e alianças com os demais movimentos pela democratização do país e configurando sua singularidade. Em março de 1980, a 7ª. Conferência Nacional de Saúde teve, como tema central, "Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos". Seu objetivo era debater o Prevsáude, inicialmente denominado Pró-Saúde, que visava a integrar, ou pelo menos articular, os ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, a partir dos serviços básicos de saúde, e do qual participaram, em seu desenho, técnicos vinculados ao movimento sanitário.

Por ser uma proposta racionalizadora, que favorecia o setor público, e de cunho democratizante ao incluir a participação comunitária, o programa enfrentou enormes resistências dos setores privatizantes e conservadores. De setembro de 1980 até o começo de 1981 foram submetidas à aprovação 12 versões sucessivas, todas rejeitadas, até que foi engavetado.

Nesse período tornou-se pública a 'crise da previdência', muito embora de 1980 a 1986 os gastos com saúde tenham sido diminuídos. Para o enfrentamento da crise, o governo lançou, em novembro de 1981, o pacote da previdência que, entre outras medidas, criava o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) que deveria propor alternativas racionalizadoras para conter os gastos da previdência com assistência médica.

No Conasp estavam representadas quatro tendências principais:

- Conservadora-privatista, representada pela Confederação Nacional do Comércio, à qual estava filiada a Federação Brasileira de Hospitais, defendia a manutenção do modelo assistencial vigente, ampliando os recursos e melhorando a fiscalização.
- Modernizante-privatista, representada pela Secretaria de Planejamento da Presidência da República, defendia a organização do sistema nacional de saúde com base na medicina de grupo e pagamento direto dos usuários. Ao setor público caberia a responsabilidade da atenção à saúde das populações marginalizadas e ações específicas de saúde pública.

- Perspectiva estatizante, defendida pelo representante do MS e pelos técnicos da Secretaria Executiva do Conasp, para que o Estado se responsabilizasse pela execução dos serviços de saúde.
- Liberal, majoritária, defendia a primazia do setor público e o controle do setor privado, mas buscava formas harmoniosas e eficientes de convívio dos dois setores no interior do sistema nacional de saúde.

Em agosto de 1982, foi aprovado o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, ou 'Plano do Conasp' que operacionalmente envolvia 33 projetos e programas, dentre os quais o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) com o qual se inicia, não sem muitas resistências, o processo de universalização da assistência médica. As prefeituras passaram a receber por produção e, financiadas pelo Inamps, ofereceram atendimento a toda a população independentemente da existência de vínculo previdenciário. Os serviços da previdência social continuavam atendendo apenas seus segurados – trabalhadores com vínculo formal que contribuía para a previdência. Posteriormente, em 1984, o programa foi redimensionado em uma estratégia federal de reordenamento da política nacional de saúde baseada nos princípios: responsabilidade do poder público; integração interinstitucional, tendo como eixo o setor público; definição de propostas a partir do perfil epidemiológico; regionalização e hierarquização de todos os serviços públicos e privados; valorização das atividades básicas; utilização prioritária e plena da capacidade potencial da rede pública; descentralização do processo de planejamento e administração; planejamento da cobertura assistencial; desenvolvimento dos recursos humanos e reconhecimento da legitimidade da participação dos vários segmentos sociais em todo o processo. Isso significou a entrada do movimento sanitário na direção geral do Inamps.

No último semestre de vigência do regime autoritário o movimento sanitário participou com os demais setores da sociedade brasileira da campanha 'Diretas já!' e trabalhou intensamente em um projeto para a saúde que foi incorporado como proposta do PMDB, na época o grande partido de oposição. Posteriormente, o Plano de Governo instituído por Tancredo Neves, primeiro presidente civil após 20 anos de ditadura militar, continha o projeto do movimento sanitário.

5) 1985-1990: Transição democrática e constituição do Sistema Único de Saúde

Com a morte de Tancredo mesmo antes de sua posse, assume a presidência o seu vice, José Sarney. Já nos primeiros meses de governo foram tomadas várias medidas para restaurar a ordem democrática que possibilitaram, em 1988, a aprovação de uma nova Constituição. No plano econômico não houve sucesso o que contribuiu para facilitar a eleição de Fernando Collor de Mello, em 1990.

Entretanto, no processo de discussão sobre saúde houve avanços. A nomeação de representante do movimento sanitário para importantes cargos no MS possibilitou ratificar as AIS como estratégia de reorientação setorial e tornaram-se a política do Inamps. A proposta de unificação do sistema de saúde, entretanto, embora aparentemente consensual, enfrentou resistências e divergências até no próprio movimento sanitário. Como solução, foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde que, pela primeira vez, incluiu a participação de usuários do sistema de saúde. Seu relatório final continha a aprovação da unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito de cidadania e dever do Estado e a elaboração de novas bases financeira do sistema e a criação de instâncias institucionais de participação social.

Decorrente desta e das demais discussões que se seguiram, em julho de 1987 foi aprovada a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds), uma estratégia transitória para a chegada ao Sistema Único de Saúde, que estabelecia a transferência dos serviços de saúde para os estados e municípios; o estabelecimento de um gestor único de saúde em cada esfera de governo e a transferência para os níveis descentralizados dos instrumentos de controle sobre o setor privado.

Paralelamente, foram constituídas a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, de composição paritária entre governo e sociedade civil, encarregada de elaborar a proposta constitucional para o capítulo de saúde, e a Plenária Nacional de Saúde, constituída por entidades representativas dos movimentos popular, sindical, dos profissionais de saúde, dos partidos políticos e da academia, a qual atuou intensamente no processo constituinte.

Ao longo de 1989 a Plenária assumiu a condução dos debates da Lei Orgânica da Saúde, promulgada em 1990. No final de seu governo, Sarney transferiu o Inamps para o MS, estabelecendo uma nova configuração setorial: a unificação da assistência médica previdenciária ao MS, constituindo o SUS.