

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA EM SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Thatiana Candido Mechoullam

DO INPS AO SUS: duas décadas do conflito entre empresários e sanitaristas.

Rio de Janeiro

2011

Thatiana Candido Mechoullam

DO INPS AO SUS: duas décadas do conflito entre empresários e sanitaristas.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Vigilância em Saúde.

Orientador: José Roberto Franco Reis

Rio de Janeiro

2011

Thatiana Candido Mechoullam

DO INPS AO SUS: duas décadas do conflito entre empresários e sanitaristas.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Vigilância em Saúde.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

(Dr. José Roberto Franco Reis – FIOCRUZ / EPSJV / LABFORM)

(Ms. José Victor Regadas Luiz - FIOCRUZ / EPSJV / LABFORM)

(Ms. Paulo Henrique Barbosa de Andrade - FIOCRUZ / EPSJV / LABFORM)

AGRADECIMENTOS

Em um ano com 1 milhão de coisas para fazer e cada momento parece uma despedida, tenho que agradecer a todos que me ajudaram a passar por esse turbilhão de emoções que significou esse ano.

A minha turma, agradeço por me descontraírem quando pensei que não poderia mais rir, por me ajudarem nos trabalhos que pensei que não seria capaz de fazer e por me aturarem durante esses três anos.

Agradeço as minhas amigas Brunna Torres, Raquel Nunes, Victoria Gomes, Mariana Reis e Carolina Tomari que por mais que não estudássemos da mesma sala nos tornamos um grupo que se apoia incondicionalmente. Sem esse apoio eu não chegaria a lugar nenhum.

Agradeço a todos os professores e profissionais da politécnica, que me ensinaram não apenas as matérias de sala de aula, mas que abriram a minha mente para novas concepções e conceitos que levarei para o resto da minha vida.

Por último, agradeço aos meus familiares, principalmente meus pais, que me ajudaram não apenas esse ano, mas em todos os anos da minha vida, apoiando meus projetos, comemorando minhas vitórias e estando ao meu lado quando tudo parecia não mais dar certo.

Obrigada a todos!

RESUMO

A partir da análise de livros e artigos relacionados ao campo da saúde, este trabalho procura estabelecer os interesses do setor privado dentro da área da saúde no período entre o Regime Militar até a criação do Sistema Único de Saúde (1964-1988). Tais interesses serão apoiados pelo governo, por meio da criação de órgão estatais que incentivaram e desenvolveram o crescimento da rede privada, principalmente na área da assistência médica previdenciária. Por mais que recebesse o apoio estatal, a privatização da saúde não seria aceita por todos os trabalhadores e pesquisadores da área. Estes farão parte do movimento sanitário e lutavam pela priorização da saúde básica. Assim, essa época é marcada pelo privilégio aos serviços do setor privado e pela luta dos sanitaristas contra a privatização. Culminando na criação do SUS, que pretende atuar como ator de conciliação entre interesses conflitante, atendendo as reivindicações dos sanitaristas e não excluindo o setor privado da assistência médica.

Palavras-Chave: Previdência. Saúde Pública. Rede Privada. Regime Militar.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 UM POUCO DE HISTÓRIA: A SAÚDE ANTES DO REGIME MILITAR	7
3 A PREVIDÊNCIA SOCIAL E A SAÚDE PÚBLICA NO TEMPO DO REGIME MILITAR	12
4 SAÚDE UMA QUESTÃO DE MERCADO	15
5 CONCLUSÃO	17
REFERÊNCIAS	19
BIBLIOGRAFIA	20

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui complexas relações em seu interior e para entendê-las melhor devemos compreender seu processo histórico de formação. Uma dessas relações é com o setor privado, que começa a aparecer com o surgimento das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), em 1923, e que terá seu fortalecimento em 1966 com a criação do Instituto Nacional de Previdência.

As CAPs desenvolvem um importante papel na relação entre o sistema de saúde e a rede privada porque será a partir delas que teremos o princípio da separação da assistência médica das ações de saúde coletiva. A assistência médica aparecerá como uma das atribuições da previdência e atrairá o interesse do setor privado por representar uma área de possível desenvolvimento econômico.

A substituição das caixas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), em 1933, reforçará essa separação. Sendo as ações previdenciárias utilizadas como políticas sociais em detrimento de programas para a melhoria, efetiva, da qualidade de vida da população como um todo

Durante o Regime Militar com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, é que a assistência médica prestada pelo setor privado teve seu maior crescimento. Isto ocorreu, pois o próprio Estado oferecia incentivo para o setor, por meio de convênios, credenciamentos e até financiamento para a construção de hospitais, alegando que a rede própria da previdência não seria capaz de atender a todos os seus beneficiados. Esse crescimento levará a mercantilização da medicina, mudando, inclusive, a atitude médica em relação ao tratamento do paciente.

Mesmo perdendo a importância política-institucional será na área da saúde pública que começará a luta travada pelo meio acadêmico e os trabalhadores da área, por um sistema de saúde universal e voltado para a prevenção.

Já com o fim da ditadura, o SUS aparecerá como resposta às reivindicações daqueles que defendiam a saúde pública, porém não excluirá a rede privada da atenção à saúde, permanecendo até os dias atuais como resposta a não capacidade do sistema público de atender a todos, tornando-a assim importante para o complemento do sistema público e capaz de influenciar as políticas de saúde.

2 UM POUCO DE HISTÓRIA: A SAÚDE ANTES DO REGIME MILITAR

No Brasil encontraremos instâncias responsáveis pela saúde pública desde o período colonial, estas instâncias eram a Fisicatura-mor e a Providoria-mor. Elas tinham como responsabilidade, respectivamente, a fiscalização do exercício da prática médica e a garantia da salubridade da Corte (Escorel e Teixeira, 2008). Portanto, não era englobado procedimentos que visassem o oferecimento de assistência médica ou de prevenção, cabendo a população a procura por médicos particular, para aqueles que podiam pagar, ou o auxílio das Santas Casas, para os mais pobres (Paim, 2009).

A independência brasileira levou a descentralização das ações de saúde, no qual cada município agia de acordo com os interesses locais, definidos pela classe senhorial. Assim, as ações se resumiam a tentativa de controle e combate de epidemias, pois estas atrapalhavam a produção agrícola e o comércio com outros países, visto que além de gerar um grande número de mortes também gerava um estigma sobre o país afastando os navios de comerciantes de nossos portos.

O foco no combate a doenças epidêmicas específicas continua durante o período da República Velha (1889-1930). Sendo criado em 1919, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) se responsabilizava pela profilaxia, propaganda sanitária, saneamento, higiene industrial, vigilância sanitária e controle de endemias. Com ações episódicas e voltadas para o combate de doenças como febre amarela, tuberculose e varíola, “a saúde era tratada mais como caso de polícia do que como questão social” (Paim, 2009).

A iniciativa, a partir da segunda década do século XX, de algumas fábricas em oferecer serviços médicos aos seus trabalhadores descontando 2% de seus salários foi legalizada com a Lei Eloy Chaves, de 1923, que criava as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Estas “destinavam-se a oferecer serviços de assistência médica e de seguridade social aos trabalhadores e de seus dependentes, em troca de contribuições efetuadas por empregados e empregadores” (Ponte, 2010). Entretanto, as caixas estavam restritas as empresas, atendendo a três categorias de trabalhadores urbanos: os ferroviários, os portuários e os marítimos.

Com as caixas vemos a separação das atividades da previdência, em que se incluía o atendimento médico, das atividades da saúde pública, que se destinava aos problemas coletivos como o combate a epidemias. Por representar os interesses dos sindicatos, de partidos políticos e de empresários a previdência possuía maior força política do que a saúde pública e, conseqüentemente, possuiu um maior desenvolvimento.

A chegada de Getúlio Vargas à presidência, em 1930, deu continuação a separação entre a saúde pública e a medicina previdenciária. Ainda em 30, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp), atendendo a demanda dos sanitaristas por um ministério para a área da saúde (Escorel e Teixeira, 2008). “Os primeiros anos do ministério se caracterizaram pela indefinição e inconstância de propostas e projetos” (Fonseca, 2010), representados pela constante troca de dirigentes em períodos curtos de tempo. É com a presença de Gustavo Capanema a frente do ministério (1934-1945) que este começará a se institucionalizar, ocorrendo reformas que construíram uma nova estrutura administrativa para a saúde pública. Essas transformações ficaram conhecidas com Reforma Capanema, levando, em 1937, a mudança do nome do Mesp para Ministério da Educação e Saúde (MES).

Dentro da estrutura do MES foi criado o Departamento Nacional de Saúde e de Assistência Médico-Social, que passou a coordenar os departamentos estaduais de saúde, normatizando e uniformizando essas estruturas. Além disso, procurava acabar com as atividades municipais de saúde.

Outro aspecto presente na saúde pública foi a criação de serviços voltados para o combate a doenças específicas, como o Serviço Nacional de Febre Amarela e o Serviço de Malária do Nordeste, ambos apoiados pela norte-americana Fundação Rockefeller.

Todos os serviços nacionais relacionados ao combate e controle de doenças tinham sua equipe específica nos estados, normas e orientações definidas e disputavam entre si os recursos financeiros que, dependendo da conjuntura sanitária, eram mais ou menos concentrados nas ações de erradicação ou controle de uma determinada doença. Os serviços deveriam atuar em conjunto, mas, na verdade, cada um desses núcleos era uma instância de poder burocrático em disputa permanente com os demais. (Escorel e Teixeira, 2008 p. 363).

Em 1942, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) que deveria controlar o combate a febre amarela e a malária no Vale do Rio Doce e na Amazônia. Essa nova instituição foi criada por um convênio do governo brasileiro com o governo americano, visto que as regiões atendidas eram grandes produtoras de borracha e ferro, materiais, que no contexto de 2ª Guerra Mundial, eram de grande importância para os Estados Unidos. Além do apoio financeiro a cooperação americana também conjugava ações de medicina preventiva e curativa, consagrando a influência norte-americana nas políticas de saúde brasileiras.

Não obstante da importância da previdência, esta também passa por modificações durante a Era Vargas (1930-1945). Em 1933, as CAPs são transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Estes trabalhavam por categorias profissionais, qual cada sindicato deveria se dirigir ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio na busca da efetivação de seu direito. A falta de uniformidade entre os institutos gerava uma disputa entre

as categorias por um melhor sistema de proteção previdenciário. Estimulada pelo governo, a competição entre categorias impedirá ações reivindicatórias unidas em busca da modificação do sistema como um todo.

Não estando preso a iniciativa da empresa em oferecer o serviço previdenciário, foi possível o aumento no número de segurados. Mesmo garantindo a assistência médica individual, os institutos trabalhavam em uma lógica contencionista, que previa a diminuição de gastos por segurado, sob um regime de capitalização transformando a previdência em um instrumento de acumulação financeira para o Estado.

O modelo de capitalização (...) funcionava na base de reservas financeiras, que são investidas de modo a defender seu valor dos desgastes inflacionários, ou mesmo crescer em termos reais. (...) Esses investimentos eram feitos basicamente em títulos da dívida pública ou ações de empresas semi-estatais que começavam a ser criadas no período, seja por imposições legais formais que obrigavam as instituições de Previdência a comprar estes ‘papéis’, seja porque eram efetivamente as melhores e mais seguras opções de investimentos em nosso incipiente mercado financeiro no período em questão. (Oliveira e Teixeira, 1986 p. 141)

A orientação contencionista não deixou de sofrer questionamento dos trabalhadores e sindicatos, entretanto, por causa do endurecimento do regime, a partir de 1935, não era mais possível a reivindicação por meio de greves e enfrentamentos diretos, o que não significou aceitação incondicional ao que era imposto. Buscou-se, então, a negociação direta com os agentes do Estado, representantes de Vargas, em busca da popularização de sua imagem. (Reis, 2010).

Os institutos ficaram com a responsabilidade de oferecer assistência médica aos trabalhadores, enquanto o restante da população deveria procurar por médicos particulares ou entidades filantrópicas. Segundo Escorel e Teixeira (2008) “o distanciamento da saúde pública da medicina previdenciária permaneceu por um longo período em nossa sociedade e determinou a ampliação desmesurada da assistência médica de cunho individual frente às atividades de saúde pública”.

Durante o governo Dutra (1946-1951) o modelo contencionista imposto pela lógica de capitalização da previdência é trocado, gradualmente, pela noção de ‘seguro social’, no qual, existiriam obrigações naturais e inalienáveis do Estado para com qual quer cidadão. Na área da assistência a saúde houve grande ênfase na construção e/ou compra de serviços próprios por parte dos institutos, tornando a inauguração de hospitais e ambulatórios estratégias para ganhos políticos eleitorais (Oliveira e Teixeira, 1986).

A legislação que previu a ampliação dos benefícios e dos gastos previdenciários não tratou da crescente dívida da União e dos empregadores para com a previdência. Essa

elevação de despesas sem resolução dos problemas de arrecadação gerou um crise financeira na previdência, surgindo à possibilidade de abolir a contribuição tripartite¹.

Na área da saúde pública o governo Dutra caracterizou-se pelo auge do sanitarismo campanhista, centralizador e autoritário, que tinha como principal alvo as campanhas contra as doenças epidêmicas. Além disso, é retomado o debate sobre a criação de um ministério independente para a saúde e sobre a melhor organização institucional da área.

O segundo governo Vargas (1951-1954), retomou seus antigos projetos econômicos e sob a bandeira do nacionalismo buscou preservar para o capital estatal ou privado os setores estratégicos da economia. Com sua política de massas ao mesmo tempo que limitava a autonomia e conscientização dos trabalhadores, Vargas, oferecia-os direitos sociais de interesse para a classe.

No âmbito da previdência foi unificado, obrigatoriamente, o atendimento dos segurados à tuberculose e facultativamente a outras doenças epidêmicas. Também houve o rompimento com o modelo contencionista, aumentando as concessões de pensões e aposentadorias e os gastos com a assistência médico-hospitalar.

O grande marco do período para a saúde pública foi a criação, em 1953, do Ministério da Saúde. Sua criação foi cercada por um intenso debate político e teórico sobre sua abrangência e suas atribuições. Terminando sua primeira década de existência com um substituto do antigo Departamento Nacional de Saúde.

Com a morte de Getúlio passam pela presidência da república seu vice-presidente Café Filho, o presidente da Câmara dos Deputados, Carlos Luz, e o vice-presidente do Senado, Nereu Ramos, em apenas 16 meses de mandato. O pleito de 1955 elegerá Juscelino Kubitschek para a presidência (1956-1960), que trará o modelo desenvolvimentista, qual, o desenvolvimento econômico tem prioridade em relação às políticas sociais.

Para Juscelino, o papel da União na previdência deveria ser administrativo, eliminando, assim, sua contribuição paritária. Sob o aspecto regulamentador é aprovada, em 1960, a Lei Orgânica da Previdência Social (Lops), que uniformizou os direitos previdenciários no padrão dos melhores IAPs: a contribuição de todos os segurados de todas as instituições passou a ser de 8% e limitou a participação do governo na receita previdenciária (Escorel e Teixeira, 2008).

Em seu governo JK criou o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), fundado em 1953 e ligado ao Ministério da Saúde, tinha como função a unificação do combate, controle ou da erradicação de doenças específicas do meio rural. Independente do

¹ Contribuição do empregado, empregador e União.

novo departamento o Serviço Especial de Saúde Pública continuou trabalhando no serviço de assistência à saúde, sem a cooperação entre os dois órgãos, o que podemos observar nesse período é uma “multiplicidade de ações superpostas” (Escorel e Teixeira, 2008).

O quadro político que se apresenta nos anos entre a eleição e renúncia de Jânio Quadros, ascensão de João Goulart à presidência e do golpe militar (1961-1964) foram de grande instabilidade. No XV Congresso de Higiene, em 1962, foi apresentado um conceito ampliado de saúde, pelo então ministro da saúde Souto Maior, que reconhecia a relação saúde e pobreza e propunha reformas estruturais da sociedade para uma melhor distribuição de riquezas. Ainda no congresso, representantes da indústria farmacêutica nacional se manifestaram contra a perda de competitividade diante de laboratórios internacionais, visto que, a expansão das empresas de medicamentos podia influenciar as políticas e saúde e manter a ampliação do atendimento médico-hospitalar. Ainda sob o governo de Jango é ampliada a previdência social para o trabalhador rural, contudo esta ampliação não conseguiu ser implementada devido a falta de ambiente político para tal (Escorel e Teixeira, 2008).

Instalado o clima de tensão entre governo, os grandes empresários e as elites militares o estopim do golpe militar foi o discurso de março de 1964 que apresentava a política de reforma de base, a movimentação militar que começou no estado de Minas Gerais e logo conseguiu a adesão de outras unidades culminou na queda de Jango no início de uma ditadura que duraria 21 anos. Significando para a saúde um processo de valorização do serviço privado e decadência do serviço público.

3 A PREVIDÊNCIA SOCIAL E A SAÚDE PÚBLICA NO TEMPO DO REGIME MILITAR

O Golpe Militar, em 1964, se deu em um momento de grande instabilidade no cenário político brasileiro, no qual, tanto os representantes da iniciativa privada quanto parte importante da classe média estavam insatisfeitos com a crise econômica que assolava o país e que tinha como resultado inflação e enfraquecimento do mercado brasileiro frente aos mercados internacionais, além de recearem que o país avançasse na direção de reformas esquerdizantes que afetassem *o status quo* reinante (as chamadas reformas de base). Nesse contexto, a ditadura militar aparece com o discurso da manutenção da ordem, do saneamento econômico e do desenvolvimento, retomando o processo de industrialização, que combina o fortalecimento das indústrias de base, característica do 1º governo Vargas, com o incentivo a entrada de capital externo, característica do período de JK.

Na área da saúde o que veremos será a prioridade da medicina curativa em relação às ações de saúde pública. Prioridade essa que pode ser enxergada pela preponderância do modelo da previdência social e pelo enfraquecimento normativo e financeiro do Ministério da Saúde (Scorel, 2008).

No âmbito da previdência social a primeira medida foi a unificação dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, este deveria continuar com a política de expansão de serviços e de cobertura da previdência. Incorporam-se novas ações, como o atendimento a acidentes de trabalho, e novas categorias de trabalho, como a criação de programas de atendimento ao trabalhador rural em 1971 e 1972, respectivamente, do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Prorural) e o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural).

Alegando incapacidade de atender a todos os beneficiários pela rede própria da previdência, a partir da criação do INPS, teremos a priorização do serviço privado para o atendimento dos segurados e assim, o instituto passou a ser um grande comprador de serviços de saúde, estimulando a mercantilização da saúde. A compra dos serviços poderia ocorrer por meio de credenciamento de hospitais e ambulatórios ou pelo convenio com empresas ou cooperativas médicas.

No ano de 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em seu comando estava a aliança entre os interesses privados e a burocracia estatal, não modificando assim as características presentes no período anterior. Entretanto, também houve um aumento dos defensores do fortalecimento da rede pública, que diante a contradição entre expansão da cobertura e compra de serviços privados enxergava no convênio entre universidades e o INPS uma forma de sair da crise se instalava. Além da criação do MPAS

foram criados, na mesma década: o Plano de Pronta Ação (PPA), o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev) e o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas) (Escore, 2008).

No que tange a saúde pública será verificado a perda de importância político-institucional da área, visto que por se tratar de um órgão de atuação coletiva e financiamento exclusivo da União não se preocupava com retorno financeiro, e conseqüentemente, não auxiliava no crescimento econômico do país. Contudo, ocorrerá, no cenário mundial, a constituição da base teórica e ideológica do pensamento médico-social, preconizando a atitude preventiva na área médica. Esse pensamento surgirá no Brasil dentro dos departamentos de Medicina Preventiva (DMP), obrigatórios nas faculdades de medicina, desenvolvendo a base universitária do movimento sanitário.

Acompanhando o ideal a medicina preventiva é proposta a Medicina Comunitária

Parte em busca da extensão de serviços médicos, mediante uma simplificação-ampliação das técnicas em jogo, com a participação da comunidade, sob esta porta de entrada: o serviço deveria estar mais descentralizado e próximo ao domicílio dos doentes de quem deveria cuidar, e a estes deveria envolver no esforço de adoção de práticas preventivas e higienistas, boas práticas alimentares, suplementação nutricional, e ações de imunização. (...) propõem o desenvolvimento de modelos de assistência passíveis de garantir a extensão do cuidado da saúde a populações pobres, urbanas e rurais. (Acirole, 2006. p.169)

Esse programa estava vinculado aos DMPs, que possuíam grupos estudantis interessados na perspectiva de uma formação profissional com consciência social.

Com o enfoque na medicina preventiva, apoiado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), é criado, em 1973, o primeiro curso de medicina social na Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Com o espírito cada vez mais crítico ao sistema de saúde vigente, e influenciado pelo corpo acadêmico, encontraremos em meados dos anos 1970 três correntes de pensamento, que se diferenciavam na conceituação de social: o preventivismo, como um conjunto de atributos pessoais; o modelo racionalizador, como um coletivo de indivíduos; e a abordagem médico-social, como um campo estruturado de práticas sociais (Escorel, 2008).

O II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) (1975-1979), lançado por Geisel, foi reafirmada a divisão dos territórios do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência no campo do atendimento a saúde, qual o primeiro se concretizou o caráter normativo e voltado para medidas de interesse coletivo, e o segundo responsabiliza-se pela assistência medical individual. Além, dessa separação o II PND criou o Sistema Nacional de Saúde, pela

lei 6.229, que tinha com função a conciliação dos interesses do Ministério da Saúde e do MPAS.

Nos ‘anos Geisel’ (1974-1979) ainda foi posto no comando do Ministério da Saúde um grupo técnico com a visão racionalizadora, que procurou combater os interesses do setor privado e resgatar o papel condutor das políticas de saúde para o ministério. Esse grupo adotou o modelo de medicina comunitária que era plenamente difundido pelos organismos internacionais.

No começo dos anos de 1980 são instituídos os dias nacionais de vacinação, que procuravam erradicar a poliomielite no Brasil e servir de exemplo para outras campanhas de vacinação. Essas campanhas de vacinação em massa não agradavam a todos os defensores da atenção primária e da saúde básica viam nelas uma fonte de distração para o que consideravam prioridade. Apesar da oposição foi negociado com os estados a distribuição e administração das vacinas, ocorrendo em 14 de junho de 1980 o primeiro dia nacional de vacinação. Por mais que tenha sido um sucesso continuaram as críticas as campanhas, afirmava-se que elas tinham como objetivo desfocar a fragilidade do sistema de saúde, apresentando ações que não se sustentam em longo prazo e não melhoram as condições reais de vida da população, mas que conseguem apaziguar a urgência da população por atenção a saúde (Ponte, 2010).

Assim, o que encontramos no Regime militar é a preferência pelo setor privado, que por enxergar a previdência como um campo lucrativo volta sua atenção para as ações de assistência/atendimento médico. Enquanto isso, a saúde pública se comporta como um campo para discussão, dentro dos limites ditatoriais do regime, sobre o sistema de saúde.

4 SAÚDE UMA QUESTÃO DE MERCADO

Visando o desenvolvimento econômico brasileiro os governos militares priorizarão as ações da iniciativa privada, abrindo o mercado para o capital estrangeiro e incentivando a industrialização do país. Fato esse que também se aplica a área da saúde.

Como já dito, por não possuir retorno financeiro a área da saúde pública será desvalorizada, havendo inclusive cortes em seu orçamento, em 1968 era de 2,21% e em 1972 caiu para 1,40% da receita da União (Cohn e Elias, 2003). Por isso, também não se mostrou muito interessante para o setor privado.

Em contra partida a previdência era vista como um grande potencial econômico, capaz de arrecadar e centralizar recursos.

Há consenso, portanto, em torno de que o desenvolvimento do setor privado de saúde no Brasil esteja ligado à opção modernizadora dos governos autoritários, marcada pela unificação dos institutos previdenciários; pela expansão da população previdenciária; pela adoção de uma racionalidade privatizante que modificou o *mix* público x privado mediante a compra de serviços pelo Estado numa transferência de suas funções para a iniciativa privada (apud Donnangelo, 1975; Oliveira e Teixeira, 1989; Luz, 1979. In: Aciole, 2006)

A compra de serviços poderia acontecer pela contratação direta dos serviços de saúde pelo Estado ou pelo convênio entre empresas e empresas ou cooperativas médicas. No primeiro caso “a contratação de serviço privado de saúde, especialmente hospitais e laboratórios, era feita por meio de credenciamento e remunerada por Unidades de Serviço” (Escorel, 2008), porém, por possuírem preços tabelados baixos e uma fraca fiscalização se tornaram um centro de fraudes, onde eram inventados pacientes e procedimentos mais bem-remunerados eram privilegiados.

No caso do convênio de empresas com empresas médicas, a empresa contratante deixava de contribuir para o INPS assumindo a responsabilidade pela assistência médica do empregado, esta mesma empresa terceirizará o serviço contratando uma empresa médica. Esta prática ficará conhecida como medicina de grupo, ela representa mais uma influência do modelo estadunidense sobre o modelo de saúde brasileiro e trará com ela o ideário liberal da prática médica capaz de garantir a autônoma do mesmo. Entretanto o que realmente acontecia era a adoção de protocolos e o gerenciamento de custo-benefício que afastavam a relação do médico com o paciente, garantindo a predominância da prática mercantil do atendimento.

O convênio também poderia ocorrer com cooperativas médicas. Essas cooperativas surgiram nos anos 1970 com a insatisfação dos médicos com a medicina de grupo e buscava uma maior autonomia da relação entre o médico e o paciente. Assim como as empresas

medicas as cooperativas possuíam a lógica de produção de serviços, quais eram oferecidos, em ambas, por meio dos ‘planos de saúde’ (Acirole, 2006).

O serviço privado imprimirá a centralização da prática médica nos hospitais, que reunirão em seu interior uma série de especialidades médicas com suas tecnologias, máquinas e equipamentos. Sendo para a construção e compra de equipamentos desses hospitais a iniciativa privada utilizará recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS).

Os recursos do FAS provinham das loterias, do orçamento da Caixa Econômica Federal e da União, devendo ser direcionados para financiar projetos e programas da área social tanto do setor público (que deveria receber 70% dos recursos) quanto do setor privado (Escorel, 2008). Porém, entre 1975 e 1977, 73,8% dos recursos foram usados para a construção de hospitais privados. O financiamento funcionava por uma liga de crédito, na qual, o empréstimo seria pago com juros subsidiados e o estabelecimento se tornaria credenciado da previdência (Acirole, 2006).

Também com os recursos da fundação de apoio ao desenvolvimento social foi criado o Plano de Pronta Ação, que pretendia aumentar a acessibilidade do beneficiário ao serviço de saúde. Esse plano permitia que qualquer segurado recebesse atendimento, principalmente de emergência, na rede pública ou privada que a previdência comprometia-se em pagar pelo serviço. Se mostrando uma fonte de enriquecimento ilícito para as empresas médicas, visto que com pouca fiscalização o número de internações desnecessárias chegava, em 1978, em seiscentas mil pessoas (Escorel, 2008).

A centralização na medicina curativa e na prática medico-hegemônica articulou a categoria médica com os demais setores de produção, estabelecendo a competitividade entre eles. Surgirão, a partir daí uma gama de especialidades que os diferenciarão e que transformará o trabalho médico em um trabalho coletivo, esta transformação do trabalho médico com incorporação de novas tecnologias representará o aumento do custo da produção de assistência médica significando maior custo para a previdência.

Mesmo com as discussões sobre um novo sistema de assistência a saúde só veremos maiores mudanças na relação entre a saúde e o setor privado com a criação do SUS. O que não significa o fim desse setor, ele ainda estará presente como complemento a saúde pública. Além disso, durante o regime militar não foi apenas a indústria de serviços médicos que cresceu, as indústrias de insumo de saúde também se fortaleceram, como a indústria farmacêutica que se desenvolveu com os programas de distribuição e venda de medicamentos e as empresas de equipamentos hospitalares, que cresceu a partir da introdução de novas máquinas nos hospitais e ambulatórios.

5 CONCLUSÃO

Durante o Regime Militar a diferenciação entre as funções do Ministério da Saúde, responsável pela saúde pública/coletiva, e da previdência, responsável pela saúde assistência médica, foram bem marcada. Mesmo assim, o debate sobre as funções de cada instituição foi uma característica desse período.

Iniciado dentro dos departamentos de medicina preventiva começará entre o meio acadêmico a discussão de um novo modelo de sistema de saúde, que apresenta um cunho social e contraria o modelo medico-hegemônico. Esse movimento, que encontra espaço para discussão dentro Ministério da Saúde, ficou conhecido como movimento sanitário.

Insatisfeitos com a predominância do setor privado e hospitalocentrico o movimento sanitário propunha o modelo de atenção básica, universal e com a participação popular. Se envolvendo também nas lutas mais gerais como a democratização e o fortalecimento das organizações da sociedade civil e adquiriu o apoio de outros movimentos da época.

Uma de suas vertentes era representada pelo movimento estudantil e pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cesbes) e possuíam uma grande capacidade para difundir a teoria da medicina social. Para isso organizaram as Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária (Sesac) e transformaram aos Encontros Científicos dos Estudante de Medicina em um encontro político.

Outra vertente era o movimento dos Médicos Residentes e de Renovação Médica, que discutia a relação do trabalho, constituindo o conflito entre os médicos de ideologia liberal com os de concepção empresaria e os assalariados. O movimento conseguiu trazer de volta a credibilidade do sindicato médico de forma que foi possível, no final da ditadura, a organização de greves reivindicando melhores condições de trabalho.

A terceira e última vertente era a ‘academia’, que procurou dar suporte teórico as transformações que ocorriam. Mesmo sofrendo repressão na segunda metade da década de 1970 conseguiu aumentar a pesquisa na área da saúde coletiva.

A força do movimento sanitário foi vista na VIII Conferência Nacional de Saúde, que por mais que contasse com a participação de representantes do setor privado, nela foi definido que a “a saúde é direito de todos e dever do Estado” . Apoiados pelos movimentos sociais este principio, juntamente com outros também discutidos na conferência, foram regulamentados na Reforma Constituinte de 1988e com a lei 8.080 e a lei 8.142 instituiu-se formalmente o Sistema Único de Saúde.

O SUS representa a conquista do movimento sanitário de um sistema de saúde baseado em seus princípios. Entretanto é importante lembrar que não representou o fim da iniciativa privada, ela continua presente até os dias atuais com ‘planos de saúde’ e com a indústria farmacêutica, mas já não encontra mais no Estado o suporte que costuma encontrar durante a ditadura, tornando possível o desenvolvimento da rede pública de saúde.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G.G. *A trajetória da saúde no Brasil*. In: *A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado*. São Paulo: Hucitec; Campinas: Sindicato dos Médicos de Campinas e Região; 2006.

COHN, A; ELIAS, P.E. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

ESCOREL, S. *História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária*. In: GIOVANELLA, L. (org). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

ESCOREL, S; TEIXEIRA, L.A. *História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista*. In: GIOVANELLA, L. (org). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

FONSECA, C.M.O. PONTE, C.F. REIS, J.R.F. *Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes*. In: FALLEIROS, I. PONTE, C. F. (org). *Na corda banba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

OLIVEIRA, J.A de A; TEIXEIRA, S.M.F. *(Im)previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes, Abrasco, 1986.

NASCIMENTO, D.R. PONTE, C.F. *Os anos de chumbo: a saúde sob a ditadura*. In: FALLEIROS, I. PONTE, C. F. (org). *Na corda banba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

PAIM, J.S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009 (Coleção Temas em Saúde)

BIBLIOGRAFIA

ACIOLE, G.G. *A trajetória da saúde no Brasil*. In: *A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado*. São Paulo: Hucitec; Campinas: Sindicato dos Médicos de Campinas e Região; 2006.

COHN, A; ELIAS, P.E. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

ESCOREL, S. *História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária*. In: GIOVANELLA, L. (org). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

ESCOREL, S; TEIXEIRA, L.A. *História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista*. In: GIOVANELLA, L. (org). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

FONSECA, C.M.O. PONTE, C.F. REIS, J.R.F. *Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes*. In: FALLEIROS, I. PONTE, C. F. (org). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

MELLO, C.G. de. . *A irracionalidade da privatização da medicina previdenciária* In: AMARANTE, P.; BAHIA, L.; FLEURY, S.(org) *Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2007.

NOGUEIRA, J.A.A. “*sistema nacional de saúde*”. In: AMARANTE, P; BAHIA, L; FLEURY, S (org). *O Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2007.

OLIVEIRA, J.A de A; TEIXEIRA, S.M.F. *(Im)previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes, Abrasco, 1986.

NASCIMENTO, D.R; PONTE, C.F. *Os anos de chumbo: a saúde sob a ditadura*. In: FALLEIROS, I; PONTE, C. F. (org). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

PAIM, J.S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009 (Coleção Temas em Saúde)

TEIXEIRA, S.M.F. *Assistência médica previdenciária- evolução e crise de uma política social*. In: AMARANTE, P; BAHIA,L; FLEURY, S. (org). *Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2007.