

A Saúde e o Estado brasileiro – uma abordagem histórica; subsídios para a compreensão da Política Nacional de Promoção da Saúde

Mauro de Lima Gomes¹

Resumo

A saúde entendida como um direito do cidadão e um dever do Estado, na realidade é uma conquista que reflete um processo histórico de construção desse direito e que ao longo do tempo foi perpassado por várias mediações históricas estruturantes e conjunturais que possibilitaram nos dias atuais termos esse direito gravado em nossa constituição.

A criação da Política Nacional de Promoção da Saúde pode trazer um avanço em relação à amplitude da concepção de saúde e conseqüentemente das ações que o Estado deve prover.

Pretendo com esse trabalho, obter subsídios preliminares para a compreensão da relação entre saúde e Estado buscando observar como a saúde auxiliou na constituição do Estado brasileiro e como as diferentes estruturas e ações que o Estado teve e realizou traduziram conjunturas temporais onde interesses diversos atuavam através de correlações de forças distintas.

Essa relação direito à saúde e papel do Estado será importante na compreensão do potencial que a PNPS pode ter em relação ao reforço a esse direito, assim como uma atuação do Estado no provimento de uma saúde que seja a resultante de uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: saúde e direito, Estado brasileiro, políticas de saúde, promoção da saúde.

¹ Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Política Públicas da UERJ e Formação Humana; Professor Pesquisador da EPSJV/FIOCRUZ

Introdução

No ano de 2006 foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) pelo Ministério da Saúde e que traz elementos importantes no sentido de compreender a saúde de forma abrangente, sendo encarada como o resultado de múltiplas determinações sociais.(BRASIL,2006).

Os possíveis avanços que a PNPS pode trazer não se restringem a uma visão mais abrangente do que seja saúde, demarca também a necessidade de uma postura mais consciente da população em relação a hábitos de vida, mas também trazem para ela um papel de protagonismo na discussão e encaminhamento de soluções para os problemas de saúde além de reafirmar o compromisso que o Estado deve ter na promoção e manutenção da saúde de sua população.

Essa visão da PNPS é compatível com a principal política de saúde existente em nosso país que é o Sistema Único de Saúde (SUS) que foi uma conquista do movimento da reforma sanitária brasileira e que contou com a adesão de amplos setores da sociedade brasileira participantes da 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 e que teve influência decisiva na Assembléia Nacional Constituinte possibilitando que em nossa atual Constituição a saúde pudesse ser encarada como um direito do cidadão e um dever do Estado.

É necessário, porém identificar de que saúde estamos falando, ou seja, qual a sua concepção e a partir dela dimensionar o que o Estado deve fazer no sentido de garantir a mesma a seus cidadãos.

Também é importante ter claro que a concepção do que seja saúde e as ações que cabem ao Estado realizar foram distintas em vários momentos da construção histórica de nosso país, demonstrando que diferentes tensões, contradições e interesses demarcaram vários períodos de nossa história e contribuíram para a própria consolidação do Estado.

O objetivo desse artigo é fazer uma aproximação inicial com os esses períodos históricos procurando identificar como a saúde era encarada e em que medida o Estado conseguia (ou não) desempenhar o papel de prover a mesma a seus cidadãos.

Nesse sentido faremos a partir de trabalhos realizados, uma abordagem desses diferentes períodos buscando identificar algumas das principais questões referentes à estrutura do Estado, suas ações realizadas em relação à saúde e a contribuição para a concepção do direito a saúde.

Desenvolvimento

O início de nosso corte histórico será a primeira república onde o pensamento sanitário teve destacada atuação no sentido de afirmação da identidade nacional e conformação de um Estado.

Os relatos das doenças que ocorriam no Brasil no início do século XX dão conta da ocorrência de doenças nas cidades como, por exemplo, a febre amarela e a varíola que foram alvos de campanhas sanitárias organizadas por Oswaldo Cruz. As iniciativas de regulação e controle das condições de vida e saneamento até então eram consideradas tímidas, havendo a partir desse período a consolidação da concepção de “polícia sanitária” no país. Através de uma organização sanitária militarizada, isto é, composta de brigadas de mata mosquitos, polícia e delegacias sanitárias, o Estado buscou produzir uma estrutura urbana melhor adequada ao momento de consolidação dos novos interesses financeiros, comerciais e industriais. (Costa, 1985).

Podemos observar que vários trabalhos dividem o movimento sanitário nessa época em dois períodos fundamentais, o primeiro, que seria marcado pela presença de Oswaldo Cruz à frente dos serviços federais de saúde (1903-1909) tendo como característica principal a ênfase no saneamento urbano da cidade do Rio de Janeiro (Distrito Federal) e o combate às seguintes epidemias – febre amarela, peste e varíola, sendo que no segundo momento (1910 a 1920) foram dadas atenções as endemias rurais –

ancilostomíase, malária e mal de Chagas, buscando nessas ações a possibilidade de cura a integração dos habitantes doentes e abandonados do interior do país(sertões). (HOCHMAN, 1998).

Em outra importante obra, é possível localizar no início do século XX as principais questões que envolviam o debate sobre a saúde e o desenvolvimento do país;

“Uma das questões mais provocantes no estudo da Velha República é compreender como aluta pelo saneamento ganha uma força simbólica tão grande a ponto de conquistar as primeiras páginas dos periódicos nas grandes capitais, o Brasil denunciado como um “vasto hospital”. A análise do movimento das idéias permite desvendar em parte como se deu a *politização* da questão sanitária durante o primeiro período republicano.

Durante esse período, mais particularmente depois da primeira grande guerra, a produção literária e sociológica tornou-se marcadamente nacionalista, a medida que as esperanças de salvação do Brasil voltaram-se para a tarefa de construção de identidade nacional. Havia duas correntes de pensar nacionalista. Uma sonhava com um Brasil “moderno” e atraía intelectuais que viam no crescimento e progresso das cidades brasileiras os sinais da conquista da civilização. A outra corrente preocupava-se em recuperar no interior do país sua nacionalidade, e buscava integrar o sertanejo ao projeto de construção nacional.

O primeiro grupo a que me referi abraçava princípios contraditórios. De um lado a preocupação nacionalista impunha superar o atraso, modernizar o país. Entretanto, para esta corrente nacionalista, um Brasil moderno significava necessariamente um Brasil europeizado. Só a migração estrangeira – estritamente branca e européia – poderia limpar os brasileiros da nódoa do passado escravocrata e dos efeitos perniciosos da miscegenação. O sangue novo – “sangue bom” – permitiria ao brasileiro redimir-se e purificar-se da contaminação de raças supostamente inferiores” (SANTOS, 1985, p.2).

A corrente de pensamento que buscava recuperar no interior do país sua nacionalidade se fortaleceu muito pela ação dos médicos Belisário Pena e Artur Neiva que em 1912 realizaram viagens pelos estados do nordeste e Goiás denunciando as péssimas condições de vida no interior do país. Essa experiência do Instituto Oswaldo Cruz foi divulgada em relatório em 1916. A partir da publicação do Relatório Pena-Neiva, o movimento sanitarista su-

perou sua fase urbana, com a nova bandeira do saneamento dos sertões (SANTOS, 1985).

Nesta época as ações de saúde pública eram realizadas pelo Estado por diversas motivações ligadas ao modelo econômico vigente no país que era agroexportador e que buscava mão de obra para as lavouras a partir de uma política de imigração, quanto a assistência individual essa era realizada em Santas Casas que atendiam aos que não tinham renda ou pelo médico de família, opção limitada aqueles que tinham recursos financeiros.

Devemos destacar também que para fazer face aos desafios de um país com muitas doenças, era necessária a ação do Estado em todo o seu território, o que esbarrava em problemas de como organizar a atenção à saúde.

Pelo princípio constitucional de autonomia estadual e municipal havia uma restrição de possibilidades de uma ação coordenada em âmbito federal. Nesse contexto cabia aos poderes locais o cuidado da saúde da população, sendo de responsabilidade do governo federal as ações de saúde no Distrito Federal, a vigilância dos portos e a assistência aos estados da federação em casos previstos e regulados constitucionalmente. O órgão federal responsável era a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) criada em 1897 como parte da estrutura do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. (LIMA & HOCHMAN, 1996).

Na década de 1920, importantes mudanças ocorreram em relação à previdência e às primeiras formas de organização das caixas de aposentadoria, apontando uma modificação em relação aos benefícios sociais de responsabilidade do Estado, conforme apontado:

“O surgimento da Previdência Social no Brasil se insere num processo de modificação da postura liberal do Estado frente à problemática trabalhista e social, portanto, num contexto político e social mais amplo. Esta mudança se dá enquanto decorrência da contradição entre a posição marcadamente liberal do Estado frente às questões trabalhistas e sociais e um movimento operário-sindical que assumia importância crescente e se posicionava contra tal postura. Esta também é

a época de nascimento da legislação trabalhista brasileira. Em 1923 é promulgada a lei Eloy Chaves, que para alguns autores pode ser definida como marco do início da Previdência Social no Brasil. No período compreendido entre 1923 e 1930 surgem as Caixas de Aposentadoria e Pensões - CAPs. Eram organizadas por empresas, de natureza civil e privada, responsáveis pelos benefícios pecuniários e serviços de saúde para os empregados de empresas específicas. As CAPs eram financiadas com recursos dos empregados e empregadores e administradas por comissões formadas de representantes da empresa e dos empregados. Cabia ao setor público apenas a resolução de conflitos. No modelo previdenciário dos anos 20 a assistência médica é vista como atribuição fundamental do sistema, o que levava, inclusive, à organização de serviços próprios de saúde. Caracteriza ainda este período, o elevado padrão de despesa. Estas duas características serão profundamente modificadas no período posterior (CUNHA & CUNHA, 1998 apud Brasil, 2005, p.29)

No período seguinte de 1930 a 1945, denominado Era Vargas, pode-se perceber importantes alterações referentes à organização da saúde coletiva através da dinamização das instituições responsáveis e também da assistência individual pela interiorização das ações de saúde;

“No plano da política de saúde, pode-se identificar um processo de centralização dos serviços que objetivava dar um caráter nacional a esta política. Nesta época, uniformizou-se a estrutura dos departamentos estaduais de saúde do país e houve um relativo avanço da atenção à saúde do interior, com a multiplicação dos serviços de saúde.

Em relação às ações de saúde coletiva, esta é a época do auge do sanitarismo campanhista. No período de 38/45 o Departamento Nacional de Saúde é reestruturado e dinamizado, articulando e centralizando as atividades sanitárias de todo o país. Em 1942 é criado o Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, com atuação voltada para as áreas não cobertas pelos serviços tradicionais”. (CUNHA & CUNHA, 1988 apud BRASIL, 2005, p.30).

Nesta época em relação à seguridade social ocorre a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que congregavam as categorias profissionais com destaque naquele período como os ferroviários, bancários, empregados do comércio, marítimos, estivadores e funcionários públicos. Assim como as CAPs os IAPs ofereciam serviços de assistência médica porém com dife-

renciação. Enquanto nas CAPs a assistência médica, que no início da criação das Caixas era realizada de forma indistinta e por serviços próprios, com a restrição orçamentária que essas instituições começaram a sofrer houve uma redução desse tipo de assistência, limitada a quando houvesse capacidade financeira para tal. Diferentemente dos IAPs que contavam com uma solidez financeira e optaram pela compra de serviços médicos. (BRASIL, 2005; OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986).

O período posterior foi marcado pelo contexto externo como a vitória na Segunda Grande Guerra dos Estados Unidos e dos Aliados que teve grande repercussão no Brasil. Grandes manifestações populares contra a ditadura acabaram resultando em outubro de 1945 na deposição de Getúlio Vargas e na elaboração em 1946 de uma nova Constituição.

A partir de então a até 1964 o Brasil viveu uma fase conhecida como período de redemocratização, marcado por eleições diretas para os principais cargos políticos, pluripartidarismo e liberdade de imprensa, das agremiações políticas e sindicatos. (BERTOLLI FILHO, 2008).

Nesse período também importantes mudanças em relação à estrutura organizacional da saúde ocorreram:

“No campo da saúde pública vários órgãos são criados. Destaca-se a atuação do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, criado no período anterior, em 1942, em decorrência de acordo com os EUA. O SESP visava, principalmente, a assistência médica dos trabalhadores recrutados para auxiliar na produção de borracha na Amazônia e que estavam sujeitos à malária. A produção de borracha era necessária ao esforço de guerra dos aliados na 2ª guerra. Criou-se também o Ministério da Saúde, em 1953. As ações na área de saúde pública se ampliaram a ponto de exigir uma estrutura administrativa própria.

Neste período, os sanitaristas discutiam sobre política de saúde, refletindo o debate que acontecia sobre economia. Havia de um lado aqueles que achavam que as condições de saúde melhorariam se fossem utilizadas técnicas e metodologias adequadas, de outros países. O SESP era um exemplo deste grupo, pois, no início, a estrutura dos serviços era sofisticada e cara, semelhante à estrutura dos Estados Unidos. De outro lado haviam os sanitaristas que buscavam uma prática arti-

culada com a realidade nacional. Mas por muitos anos, as idéias do primeiro grupo influenciaram a prática do governo". (BRASIL, 2005, p.31)

No período governo militar (1964 – 1980) houve movimentos contraditórios como a retração do Ministério da Saúde aliada à extensão de cobertura previdenciária e à extensão de cobertura da assistência médica, sendo que essa última foi alvo de intensa acumulação de capital através do privilégio da construção de um complexo médico-hospitalar.

"O primeiro efeito do golpe militar sobre o Ministério da Saúde foi a redução das verbas destinadas à saúde pública. Aumentadas na primeira metade da década de 60, tais verbas decresceram até o final da ditadura. Apesar da pregação oficial de que a saúde constituía um fator de produtividade, de desenvolvimento e de investimento econômico, o Ministério da Saúde privilegiava a saúde como elemento individual e não como fenômeno coletivo. E isso alterou profundamente a sua linha de atuação". (BETTOLLI FILHO, 1996, apud BRASIL, 2005, p.33).

Ilustrando a extensão de cobertura previdenciária e a formação do complexo médico hospitalar os pesquisadores Jaime de Oliveira e Sonia Fleury Teixeira retratam com exatidão esse período;

"A primeira característica marcante deste período é portanto a extensão de cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e ainda parte da população rural. A política de concessão de assistência é assumida como um direito "consensual".

A segunda característica desse período é então a orientação da política nacional de saúde para o privilégio da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo.

Podemos resumir a terceira característica desse período: a intervenção estatal na área da saúde, optando pela prática médica curativa e individual veiculada por intermédio da Previdência Social, propiciou a criação de um complexo-médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais da área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos". (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986, p.209).

Nas décadas de 80 e 90 é construída a base do SUS contemporâneo a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, Assem-

bléia Constituinte e Constituição. O SUS é configurado como um sistema em que os três níveis de governo, a União, o Estado e os Municípios atuam de forma articulada, cabendo a este último a definição da organização de sua política de saúde.

A trajetória da reforma sanitária brasileira e a criação do SUS foi objeto de vários trabalhos que apontam o seu desenvolvimento, principais problemas e perspectivas num processo ainda em curso (PAIM: 2008 (a), 2008(b); ESCOREL, NASCIMENTO, EDLER 2005) bem como a luta política para a conquista da saúde como um direito na constituinte e na Constituição de 1988 apontando as tensões, visões antagônicas e disputas (RODRIGUES NETO, 2003) permitindo perceber o quanto é necessário ainda realizar no sentido de aprimorar as políticas públicas de saúde, mais especificamente o SUS, assim como a luta constante pelo exercício do direito à saúde por parte dos cidadãos.

Considerações Finais

Essa rápida passagem por diferentes períodos de nossa história, onde busquei, através do relato direto de diferentes autores, perceber o quanto o tema da saúde teve implicação em um série de mudanças ocorridas, como o próprio sentido de nacionalidade, as formas de prestação de assistência à saúde ligada à previdência, o papel central do governo federal na criação de estruturas compatíveis, o privilegiamento de uma determinada forma de assistência à saúde e o movimento da reforma sanitária e construção do atual SUS.

Buscou-se trazer alguns aspectos destacados pelos diferentes trabalhos pesquisados e que julguei pertinentes no sentido de apresentar aproximações da discussão do papel do Estado na garantia da saúde de sua população, sem contudo querer esgotar a complexidade desses períodos.

O papel das políticas de saúde na formação de noções de cidadania, na construção de Estados nacionais e das burocracias públicas e nas mudanças nas relações entre Estado e sociedade

tem sido crescentemente reconhecido. (LIMA, FONSECA, HOCHMAN; 2005).

Porém é necessário um maior entendimento da relação Estado-sociedade e para isso, pode nos ajudar a construção que Coutinho realiza em relação às categorias de Antonio Gramsci, que faz uma distinção entre sociedades do tipo oriental e ocidental, onde as primeiras se caracterizam por uma proeminência do Estado – O Estado é tudo e a sociedade civil é primitiva e gelatinosa, enquanto a segunda (tipo Ocidental) se caracterizaria por uma relação mais equilibrada entre Estado e sociedade civil (COUTINHO, 2006).

Como uma das características positivas do atual SUS podemos apontar o direito a participação e controle social a partir da ocupação de instâncias colegiadas pelos profissionais e usuários do sistema. Embora exista este direito, é necessário um aprimoramento em relação à participação nas diferentes instâncias como Conselhos Gestores de Unidades, Conselhos Distritais, Conselhos Municipais, Conselhos Estaduais além da participação nas Conferências nos três níveis de governo.

Para uma atuação efetiva nessas instâncias é necessário porém um tipo de “sociedade ocidental” onde o papel mais consistente da sociedade pode estar apontando na direção de uma relação mais equilibrada com o Estado, principalmente na luta pela garantia efetiva de um dos direitos básicos do homem, o direito à saúde e a própria vida.

Nesse sentido, o possível fortalecimento da participação da sociedade – usuários do SUS e conselheiros de saúde – previstos na PNPS como uma ação de fortalecimento da população ou seu *empoderamento*, no sentido de ampliar em quantidade e qualidade as ações referentes à proteção, promoção e assistência à saúde prestada pelo Estado ao conjunto de seus cidadãos pode ser um elemento importante num maior equilíbrio na relação Estado - sociedade.

Referências Bibliográficas:

BERTOLLI FILHO, Claudio. 2008. História da saúde pública no Brasil. São Paulo: Editora Ática.

BRASIL, 2005. Projeto Multiplica SUS: (Re) Descobrimo o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos vol. 1. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil.

BRASIL, 2006. Portaria 687 de 30 de maio de 2006 do Gabinete do Ministro. Estabelece a Política Nacional de Promoção da Saúde, Brasília, 30 de março 2006.

COSTA, Nilson Rosário. 1985. Lutas urbanas e controle sanitário – origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis – Rio de Janeiro: Editora Vozes.

COUTINHO, Carlos Nelson. 2006. O Estado Brasileiro: gênese, crise, alternativas. In: LIMA, Júlio César França (org). Fundamentos da Educação Escolar do Brasil Contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 173-200.

SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo; EDLER, Flávio Coelho. 2005. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade (org). Saúde e Democracia – História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, p.59-81.

HOCHMAN, Gilberto. 1998. A Era do Saneamento. São Paulo: Editora Hucitec

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O; HOCHMAN, Gilberto. 2005. A saúde na construção do Estado Nacional brasileiro: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica. In: Lima, Nísia (org). Saúde e Democracia – História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 27-58.

LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. 1996. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: O Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República. In: MAIO, Marcos Chor, SANTOS, Ricardo (Orgs.). Raça, ciência e sociedade. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz. p 252

OLIVEIRA, Jaime de Araújo & TEIXEIRA, Sônia m. Fleury. (Im) Previdência Social – 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis – Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1986.

PAIM, Jairnilson Silva. 2008 (a). A Reforma Sanitária Brasileira. Contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz

PAIM, Jairnilson Silva. 2008 (b). Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites

e perspectivas. In: MATTA, Gustavo Corrêa (org). Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 91-122.

RODRIGUES NETO, Eleutério. 2003. Saúde - Promessas e Limites da Constituição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

SANTOS, Luiz Antônio de Castro. 1985. O pensamento sanitário na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. Dados - Revista de Ciências Sociais, v.28, n.2, p. 193-210.