

## AS MUDANÇAS INSTITUCIONAIS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA LIBERALIZAÇÃO DO ESTADO BRASILEIRO (1930 – 1980)

Roseli M. Tristão Maciel <sup>1</sup>

### RESUMO

O texto analisa as mudanças institucionais das políticas públicas de saúde no Brasil no processo de redemocratização política e no contexto da grave crise econômica, cujo índice de inflação foi o mais alto em toda a história do país, até os dias de hoje. A abordagem selecionada é a proposta por MAHONEY, THELEN e STREECK (2009), da mudança institucional de caráter endógeno, incremental e gradual. A fim de dar maior visibilidade a essas mudanças, procederemos a um recuo no tempo, desde início do século XX, passando por todo período denominado “Era Vargas” e os governos que lhe foram subsequentes, até a década de 1980, quando o Estado brasileiro passava por transformações dado o processo de liberalização e a questão da saúde tornava-se, de forma mais incisiva, alvo de preocupação por parte da população e do poder público.

**Palavras-Chave:** Políticas Públicas. Saúde. Mudança Institucional.

### ABSTRACT

The text analyzes the institutional changes of health public politics in Brazil in the process of redemocratization political in the context of economic crisis, whose inflation rate was the highest in the history of the country until the present day. The selected approach is that proposed by MAHONEY, STREECK and THELEN (2009), the endogenous, incremental and gradual institutional change. In order to give greater visibility to these changes, we will proceed to a decrease in the time since the early twentieth century, through every period called "Vargas period" and the governments which were subsequent, up to 1980s, when the Brazilian state going through changes since the liberalization process and the issue of health was becoming, more forcefully, the target of concern by the public and the government.

**KEYWORDS:** Public Policy. Health. Institutional Changes.

---

<sup>1</sup> Doutoranda em Políticas Públicas pela UFRJ e professora da UEG/UnUCSEH

## INTRODUÇÃO

Antes de ser proclamada a República brasileira, nenhuma das organizações de saúde existentes no país era de responsabilidade do Estado. O cuidado com os doentes ficava, geralmente, a cargo das ordens religiosas. Este quadro mudou, ainda na fase provisória do governo republicano, quando foi criado um Conselho de Saúde Pública com os objetivos de organizar o Serviço Sanitário Terrestre da República, de estudar as principais doenças presentes nos diversos Estados do país e, também, de intervir para a prevenção e o combate das mesmas. A partir de então, o poder público ficou encarregado de promover os mecanismos de acesso aos bens de saúde, em nome da defesa e do bem estar da coletividade.

A partir da Revolução de 1930, o governo Vargas estruturou aparelhos centralizadores, destinados ao exercício de controle e repressão, ao oferecimento de serviços sociais e à regulação econômica, num momento em que emergia o proletariado industrial e avançava a indústria nacional. Com o deslocamento do eixo do poder, as instituições de saúde, saneamento e higiene foram alteradas e, ao mesmo tempo, foram implementados os mecanismos necessários à sua efetivação e sua extensão por todo o território nacional.

As ações do Estado, juntamente com as dos profissionais de saúde, voltadas para a questão da saúde e de sua institucionalização, deram-se em razão de todo um contexto de transformação iniciado durante a expansão da economia agro-exportadora cafeeira na primeira etapa do desenvolvimento capitalista brasileiro, de incipiente urbanização e desenvolvimento industrial. De maneira mais geral, esses aspectos estavam relacionados à formação do mercado de trabalho no interior deste sistema econômico, tanto para o núcleo agrícola, quanto para as atividades urbano-industriais.

Os governos que sucederam a Vargas, salvo alguns projetos de saúde pública, limitaram-se a seguir as medidas já existentes para este setor. A única inovação foi na década de 1960, através da considerável expansão da assistência médica previdenciária, no que viria a ser um novo padrão de atenção à saúde no Brasil, ou seja, a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

A partir de estudos teóricos sobre mudança institucional, é possível perceber que a saúde pública no Brasil tornou-se uma das mais importantes inovações incorporadas à

Constituição promulgada em 5 de outubro de 1988, a qual buscou, prioritariamente, unificar o sistema de saúde já existente, além de reconhecer a saúde como direito social e de definir um novo paradigma para a ação do Estado na área.

## **1. Instituição das Políticas Públicas de Saúde na Primeira República**

A liderança do governo na Primeira República optou pelo regime federalista, o que acabou provocando a pulverização de seu poder através de uma prática denominada pelos estudiosos como “A Política dos Governadores”. Iniciada no governo de Campos Salles, foi mantida durante todo período da primeira fase republicana no Brasil. Esse regime político conferiu aos distintos Estados relativa autonomia no controle das administrações regionais e, portanto, dos seus respectivos problemas de saúde. É importante destacar que, no referido contexto, as bases sociais e financeiras do poder central eram exíguas, o que lhe restringia a capacidade de responder satisfatoriamente aos problemas sociais (MENDONÇA, 1988).

As medidas institucionalizadas, no período, limitaram-se a ações sanitárias na capital federal e aos casos de epidemias, visando resolver o problema crucial dos portos e núcleos urbanos do Rio de Janeiro, de São Paulo e de Santos, vinculados ao complexo exportador e à indústria nascente. Fazia-se necessário, a criação de condições sanitárias mínimas indispensáveis, não apenas, às relações comerciais com o exterior como, também, para alcançar o êxito da política de imigração considerada de fundamental importância para a constituição do mercado de trabalho nacional.

No ano de 1894, foi criado o Instituto Sanitário Federal que, posteriormente, foi ligado à Inspeção Geral de Saúde dos Portos e constituiu a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGPS) (CASTRO-SANTOS e FARIA, 2006). Outrossim, teve início o movimento sanitarista das décadas de 1910 e 1920, no entanto, a intervenção na vida pública, perpetrada por este movimento, gerou descontentamento em grande parte da população, como é exemplificado pelo caso emblemático da Revolta da Vacina.

Do movimento sanitarista fizeram parte as expedições científicas realizadas por Artur Neiva e Belisário Pena ao interior do país na década de 1910 que revelaram a triste e ignorada realidade do sertanejo e das doenças das quais eram vítimas como, a malária, a febre amarela, a esquizotomose, a tuberculose, a lepra, dentre outras. O poder

da União reconheceu a necessidade de intervir para a melhoria da saúde daquelas populações e tentou expandir a Reforma Sanitária para as diversas regiões isoladas do país. No entanto, isto não realizou-se porque, além da exiguidade de recursos das regiões e da insignificante ou inexistente contribuição federal o pacto estabelecido pela política dos governadores tornava difícil, ao governo central, adentrar nos domínios de poder das diversas oligarquias regionais.

Em 1920, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) com o Decreto de número 3987 e, também, foi elaborado por Carlos Chagas, o Regulamento Sanitário. O poder da União buscou realizar acordos com os Estados assinando contratos, nos quais, estes comprometiam-se com o cumprimento da legislação federal. A única exceção foi o Estado de São Paulo que tinha um programa de regulamentação sanitária e de saúde próprios e viabilizados.

A Reforma Carlos Chagas de 1923 (SINGER apud BRAGA, 1986, p.45-48) teve como principal objetivo ampliar o atendimento à saúde para todo o território nacional e constituiu-se em importante elemento do movimento iniciado pela União no sentido de tentar centralizar seu poder, no interior de uma séria crise política. O DNSP estabeleceu como sendo atribuições federais: o saneamento rural e urbano; a propaganda sanitária de higiene infantil, industrial e profissional; as atividades de supervisão e fiscalização de saúde, dos portos e do Distrito Federal; e, por último, o combate às endemias rurais. Entretanto, as novas atribuições não foram colocadas em ação e os problemas sanitários, rural e urbano, bem como o combate às endemias, continuaram sob a responsabilidade dos poderes locais, estaduais e municipais.

As medidas para a institucionalização da questão da saúde no Brasil, durante a Primeira República, não podem ser analisadas sem que se considere o fato de que, simultânea a elas, outras medidas foram implantadas para o controle e regulamentação do mercado de trabalho. Medidas que, de certa forma, tem relação com a institucionalização da saúde em razão de serem o embrião do futuro esquema previdenciário brasileiro. Um exemplo disto foi a promulgação da lei de indenização de acidentes de trabalho nas companhias de transporte, construção e nas fábricas no ano de 1919. Neste mesmo ano, também, foram criadas as companhias privadas de seguro do trabalho (NOGUEIRA, apud BRAGA e PAULA, 1986, p. 48-49).

O governo de Artur Bernardes implantou o Conselho Nacional de Trabalho (CNT) e, no ano de 1923, as Caixas de Aposentados (CAPs), através da Lei nº 4.682 – conhecida como Lei Elói Chaves – o início do seguro social no Brasil (Idem, p. 50). No entanto, as CAPs eram organizadas pelas empresas e não pela União. Isto fez com que somente os grandes estabelecimentos apresentassem condições de organizá-las. A parte que cabia ao governo central resumia-se na nomeação do presidente da caixa, já sua administração era paritária entre patrões e empregados, restando para os trabalhadores apenas a escolha, entre seus pares, de seus representantes através de votação. Os benefícios previstos eram os seguintes: assistência médica curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez; pensões para os dependentes e auxílio pecuniário para funeral.

Em substituição ao sistema extremamente fragmentário das CAPs, foram fundados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), congregando o conjunto dos trabalhadores de um dado ofício ou setor de atividade. O primeiro Instituto, destinado aos funcionários públicos federais, foi criado em 1926, mais tarde denominado Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE) (MERCADANTE, 2002, p. 236).

As primeiras medidas para institucionalizar políticas públicas de saúde no Brasil, portanto, foram implantadas na estrutura e dinâmica da economia exportadora capitalista cafeeira tendo seu movimento dominado pelo capital comercial. Pode-se visualizar esta economia como que desdobrada em dois segmentos: seu núcleo agrário – produção de alimentos exportáveis e para consumo interno – e um segmento urbano, a ele acoplado, que abrigava o conjunto das atividades de financiamento, comercialização, transportes, administração e indústrias (MENDONÇA, 1988).

Dentre os problemas de saúde e as soluções que lhes foram conferidos, na Primeira República, destacaram-se, principalmente, o combate e controle das endemias e as questões gerais de saneamento dos mais importantes núcleos urbanos.

## **2. As políticas de saúde durante o Governo Vargas até 1964**

Na década de 1920, a sociedade brasileira passou por momentos de crise do padrão exportador capitalista e do Estado, concomitantemente à aceleração da

urbanização e do desenvolvimento industrial (MENDONÇA, 1988). As crescentes transformações a nível político-social e a industrialização iniciada nos grandes centros urbanos brasileiros, a partir desta época, produziram impacto na vida das camadas populacionais neles atuantes. Por outro lado, o aumento da população trabalhadora urbana fez aparecer movimentos de reivindicação política, dentre os quais, é do interesse desta análise, aqueles relacionados à assistência médica e previdenciária.

Nesse contexto, de crise e de mudanças, as doenças de “massa”, assumiram grande importância para a vida urbana e no quadro nosológico do país, dentre as quais: verminoses, doença de Chagas, tuberculose, tracoma, desnutrição e lepra. Com isto, o enfoque dado à saúde, até então, concentrado nas doenças pestilenciais e mais presentes em regiões rurais, tais como, a malária, a esquistossomose, a febre amarela, dentre outras, deslocou-se em outra dimensão, uma vez que o primeiro grupo de doenças está intimamente relacionado com as condições de vida e de trabalho, o que já não é tão característico do segundo (LUZ, 1984). A saúde pública cresceu como questão social e ganhou novos e nítidos contornos, nos marcos da crise política da Primeira República e à medida que a primeira fase de acumulação capitalista ultrapassava seus próprios limites, ou seja, quando a economia cafeeira atingiu seu auge.

A Revolução de 1930, juntamente com as mudanças no caráter do Estado, tornara necessária a ampliação de suas bases sociais. O aparelho do Estado, sob a liderança de Vargas, assumiu funções de regulamentação, organização, coordenação e intermediação, desempenhando funções econômicas, políticas e administrativas para ajustar-se às novas tendências mundiais, constituindo uma burocracia pública forte e tecnicamente preparada, estabelecendo novas relações com intelectuais, elites e camadas subalternas.

A problemática concreta das camadas sociais empobrecidas fez o Estado ver-se na contingência de admitir sua responsabilidade social para com os menos favorecidos. A questão social, segundo Cerqueira (1982, P. 75), foi colocada como “questão eminentemente política”, pertinente à esfera do Estado.

A principal mudança institucional, em relação ao setor saúde, a partir de 1930, foi a tendência do governo central em responder aos problemas de saúde pública não mais parcial e pontualmente, mas considerando-no em todo o contexto nacional. Em outras palavras, as questões de saúde passaram a ser enfrentadas, pela instituição de um

bloco orgânico e sistematizado de políticas. As mudanças nas instituições de saúde, foram consonantes à realização do próprio esquema de poder introduzido, o qual deveria contemplar anseios dos trabalhadores urbanos. Portanto, a higiene e a saúde eram parte do conjunto de políticas sociais elaboradas no período tais como: legislações trabalhistas, organização de sistema previdenciário em Institutos, sindicatos atrelados ao Estado, dentre outras.

As políticas sociais implantadas, fizeram avançar a legislação e os aparelhos de Estado em relação às reivindicações da classe trabalhadora, ao mesmo tempo, que a mantinha sob controle, a partir das relações de poder que limitava sua autonomia política. Graças ao seu acentuado caráter nacional, o Estado, pode dar respostas orgânicas (conjunto de medidas integradas) às questões de saúde.

O processo de centralização da saúde pública foi implantado pelas seguintes medidas: em 1930 foi criado o Ministério de Educação e Saúde, composto de dois Departamentos Nacionais, um para a Educação e outro para a Saúde; Em 1934 o MES, passou por reorganização e tornou-se Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social junto aos serviços estaduais de saúde; efetivou-se a participação crescente de assistentes técnicos do governo federal, verdadeiros interventores do DNS; retomada das campanhas sanitárias, a partir de 1937, uma vez que haviam sido interrompidas quando Vargas assumiu o poder, utilizando o método militar, de polícia de saúde da Alemanha. Uniformizou-se, a partir de então, uma estrutura dos departamentos estaduais de saúde, estabelecendo-se um padrão formado por uma Diretoria, uma Organização de Órgãos Centralizados (serviços especiais de combate à lepra, à tuberculose, além de hospitais e laboratórios) e uma Coordenação de Órgãos Descentralizados (centros de saúde nas cidades maiores e postos de higiene na área rural) (GUIMARÃES, 1984).

Durante a Segunda Guerra Mundial, deu-se a criação do SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), patrocinada pelos Estados Unidos através da Fundação *Rockefeller* cujo objetivo era efetivar, por todo o Brasil, as unidades-sanitárias já existentes, desde a Primeira República, mas que eram ineficientes dado a política federalista de governos oligárquicos do regime. As unidades do SESP, atuaram por mais de 30 anos, utilizando os mesmos padrões aplicados à realidade norte americana, inadequados à realidade do país. A implantação do SESP esteve, principalmente, vinculado à produção de borracha na

Amazônia e do manganês no Vale do Rio Doce, uma vez que, os seus trabalhadores estavam sendo dizimados pela malária e pela febre amarela.

Portanto, as unidades de saúde, montadas em âmbito estadual nos anos de 1920, foram incorporadas ao poder central, em consonância com a proposta de 1930, de destruir o excessivo federalismo, até então, existente e dando início a um processo de redução da autonomia dos diversos Estados. Segundo (MORAES, 2002, P. 123), Vargas não apenas realizou a primeira regionalização oficial do Brasil, como assimilou o conceito de região no vocabulário oficial do Estado, iniciando forte reação à tendência centrífuga do pacto federativo da República Velha.

A participação direta do Brasil na Segunda Guerra Mundial, a elevação do custo de vida, o aumento da inflação, o aviltamento salarial e as medidas coercitivas do governo Vargas, fizeram crescer sua impopularidade e fez surgir uma pressão no sentido da liberalização da vida política nacional. Vargas perdeu o poder com a retomada do Estado de direito e a promulgação da Constituição de 1946. Os acontecimentos políticos refletiam o fortalecimento de outros setores e o rompimento do pacto corporativo entre Vargas e as elites dominantes tradicionais. Simultaneamente, os setores urbanos emergentes, em ampla expansão, colocaram em pauta novas demandas (MESTRINER, 2005).

Na assistência à saúde, a maior inovação aconteceu em 1949 durante o governo de Dutra, quando foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). A importância histórica desse evento decorreu de três características inovadoras da iniciativa: o atendimento médico domiciliar, até então, inexistente no setor público, embora comum na prática privada; o financiamento consorciado entre todos os IAPs e, principalmente, o atendimento universal ainda que limitado aos casos de urgência (MERCADANTE, 2002, p.236).

Para Carlos Lessa, o conjunto das transformações econômicas e políticas de 1930 até meados de 1950, entre o qual, inserem-se as mudanças da questão da saúde, constituíram uma trama que se conformou plenamente nas etapas seguintes do desenvolvimento capitalista brasileiro (BRAGA, 1986, p.51).

Ao retornar ao poder, em 1951, Vargas assumiu o papel de porta-voz dos trabalhadores, dedicando, cada vez mais, sua atenção às massas populares, ao mesmo tempo que tentava controlar os impactos de suas reivindicações, canalizando-as para

órgãos estatais de um lado, e à filantropia de outro. Injetou mais recursos financeiros nos institutos e caixas de aposentadoria e pensão para um atendimento mais amplo a saúde dos trabalhadores (MESTRINER, 2005, p. 120-121). Em 1953, desmembrou o Ministério da Educação e Saúde e estabeleceu maior vinculação da saúde, em termos governamentais, com a filantropia.

Após o suicídio de Vargas, o poder central foi assumido por Juscelino Kubitschek que implantou o modelo de associação e internacionalização da economia brasileira com a implantação do Programa de Metas. Seu governo omitiu completamente a área social transferindo sua responsabilidade para a sociedade civil, sob a premissa de que o desenvolvimento econômico resolveria todos os problemas de ordem social, como por exemplo, o da saúde. (Idem, p.126-130).

A sucessão presidencial deu-se com Jânio Quadros que procurou distanciar-se das diretrizes de Kubitschek adotando uma visão desenvolvimentista que destacava a necessidade de elaboração de planos diretores que atenuassem as diferenças entre as regiões brasileiras. Porém, não realizou nenhuma mudança nas instituições de saúde até sua renúncia no ano de 1961.

João Goulart, vice de Quadros, colocou-se como discípulo de Vargas, ao lançar mão do parlamentarismo sob apoio de alguns setores e contra as forças políticas que não queriam sua posse. Extremamente legalista, intentou acabar com o subdesenvolvimento do país através de medidas anti-inflacionárias e reformas estruturais. Da mesma forma que Kubitschek, para Goulart a questão da saúde relacionava-se com o desenvolvimento, portanto, procurou investir contra a desnutrição, o saneamento, a assistência médica e sanitária, que foram suas metas prioritárias, no entanto, não houve nenhum tipo de inovação, apenas a ampliação de algumas políticas já existentes.

A Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS - Lei n. 3807 de 26/8/1960), posteriormente regulamentada pelo Decreto n. 48.959, em setembro do mesmo ano, uniformizou as regras, mas manteve a organização institucional segmentada. A vigência da LOPS, contudo, não corrigiu todas as distorções originárias da multiplicidade de institutos: após sua promulgação ainda prevalecia uma falta de uniformidade na distribuição dos gastos entre os diversos programas (MERCADANTE, 2002).

A partir do golpe de Estado, instalou-se no país o Estado autoritário que, no longo período de 1964 a 1984 transformou o Brasil colocando fim à política de

massas. Retomando a proposta desenvolvimentista e de internacionalização do governo Kubitschek, os militares construíram uma forte tecnocracia estatal que privilegiava, principalmente, o planejamento. Nesse contexto, as políticas de saúde assumiram caráter de acumulação, combinando assistência com repressão, embora os generais que ocuparam o poder durante o regime militar, insistissem em afirmar que o principal objetivo de seus governos era, no discurso de Geisel, “o bem-estar do homem brasileiro integrado, na grande nação...” ou, ainda, no de Médice, “da conjugação de energias para o fim de distribuir com equanimidade a riqueza comum” (VIEIRA, 1983, p. 211).

A saúde foi tratada dentro da vertente economicista, seguindo a orientação tecnoburocrática, que caracterizou todo o governo militar, buscando racionalidade, eficiência dos meios utilizados, abrindo para as reformas administrativas, a modernização do aparato estatal e a introdução do planejamento. Os governos militares financiaram novos espaços de atuação para o setor da saúde, criando empreendimentos privados por meio de empréstimos que garantiam investimentos sem risco. Isto levou a ampliação da rede de hospitais privados (MESTRINER, 2002, p. 160).

Em 1966, o governo fundiu os vários institutos de aposentadoria e pensões em um único organismo burocrático foi Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), mencionando anteriormente, que ampliando o atendimento hospitalar e ambulatorial, se utilizou da rede oficial e privada. Em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Previdência Social (SIMPAS) e com ele o governo estendeu a cobertura previdenciária à quase totalidade da população urbana e parte da rural. No entanto, não havia recursos financeiros para a demanda que aumentou consideravelmente. A assistência médica, então, foi privatizada por iniciativas individuais, de grupos e cooperativas médicas, gerando simultaneamente, a redução das despesas da União nessa área e, por outro lado, a precariedade do atendimento à saúde (Idem, p. 163).

### **3. Fatores que precipitam o processo de mudança**

No final do período militar e início do processo de “abertura política”, ou seja, de redemocratização, as desigualdades sociais acentuavam-se, a cada dia, o que suscitou diversos movimentos sociais em todas as regiões do país. Radicalizou-se a crise na saúde, o que sensibilizou os profissionais da área que passaram a rever suas propostas

de ação. Houve um intenso movimento dos sanitaristas, cujo objetivo era a descentralização da saúde, dirigida para a transformação das condições opressivas de vida da população pobre.

No ano de 1980, foi formada a Comissão Interinstitucional de Planejamento (CIPLAN), cuja principal função era fixar os repasses federais dos dois ministérios (Saúde e Previdência Social) para o financiamento de serviços prestados pelas redes estaduais e municipais. Instituiu-se, no ano de 1982, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, conhecido como Plano do CONASP, cuja prioridade era a integração das diferentes agências públicas de saúde em um sistema regionalizado e hierarquizado e a diminuição da capacidade ociosa do setor público.

O Plano, mesmo sem ter sido implementado integralmente, criou as bases para novas políticas públicas de expansão de cobertura nos anos seguintes, quais sejam: Implantação, em 1984, das Ações Integradas de Saúde (AIS), e a criação de Comissões Interinstitucionais de Saúde, no âmbito dos estados, das regionais estaduais de saúde e dos municípios; início do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), em 1987. Esse programa, como as AIS, enfatizava os mecanismos de programação e orçamentos integrados e as decisões colegiadas tomadas no âmbito das Comissões Interinstitucionais.

As principais bandeiras do grande movimento pela Reforma Sanitária foram a melhoria das condições de saúde da população; o reconhecimento da saúde como direito social universal; a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; a reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade; a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços (MERCADANTE, 2002).

A construção de sólida aliança política em torno dessas teses foram legitimadas, no ano de 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), a última de várias conferências que tiveram início no ano de 1977 e que caracterizaram-se mais como eventos técnicos, com presença seletiva de especialistas, em sua maioria, vinculados ao Ministério da Saúde e à problemática sanitária de responsabilidade dessa agência. A VIII CNS diferenciou-se das anteriores porque, não só ampliou a participação de outros

segmentos técnicos, sobretudo da previdência social, como incluiu ampla representação de usuários dos serviços de saúde (Idem, p. 247).

#### **4. Atores Responsáveis pela Mudança Institucional**

Os principais atores das mudanças efetuadas nas instituições de saúde foram, em primeiro lugar, as pessoas que ocuparam os principais cargos na governança política sob a liderança de governadores e de presidentes da República. Portanto, ministros, deputados, senadores, secretários, tiveram papel fundamental. No período de 1930, os Interventores estaduais nomeados por Getúlio Vargas e que ficaram encarregados da administração dos Estados Nacionais, foram os responsáveis por implantar as ações e políticas de saúde e saneamento que durante o governo das oligarquias não tiveram sucesso. Também, ficaram sob responsabilidade dos interventores estaduais, a aquisição e distribuição de recursos financeiros para conduzir as medidas de saúde estabelecidas pelo poder central. Nas várias etapas de governo, que sucederam ao período Vargas, os atores responsáveis, também eram os que ocupavam os postos principais do comando político.

Figura de fundamental importância, em toda mudança institucional da saúde, foi a do médico, bem como de outros profissionais da saúde, que assumiram várias funções, para além das que lhes são atribuídas pelas suas profissões. Assumiram importantes e diferentes funções na administração pública, tornaram-se planejadores, organizadores e implementadores de políticas sanitárias e de saúde pública. Foram partícipes, dirigentes do poder político pautados pela autoridade do conhecimento técnico e científico que detinham. O papel do médico destacava-se, ainda, como o produtor e difusor de conhecimento relacionado à saúde, portanto, atuando também, nas várias instituições de ensino e pesquisa.

Os profissionais da saúde desempenharam papel central em todos os processos de estatização das medidas de prevenção, combate e controle das doenças. Graças à autoridade científica de que eram revestidos, encarregaram-se dos planejamentos, da organização, da constituição e até da implantação dos serviços médicos e hospitalares (MACHADO, 1988).

Outros sujeitos que participaram de todo esse processo, sem os quais as mudanças nas instituições de saúde não teriam sentido, foram os trabalhadores e a população urbana. Desde o início do século XX, o nível de organização e mobilização dos trabalhadores e sua força política determinaram o grau de participação na formulação das políticas sociais do Estado. Foi em parte, graças a luta dos trabalhadores que as instituições de saúde foram pensadas e implantadas, prioritariamente, para resolver questões relacionadas a saúde como um dos componentes fundamentais para promoção e expansão da incipiente indústria brasileira. As mudanças nas políticas de saúde pública, implantadas ao longo do século XX pelos diferentes atores que ocupavam o poder e pela elite econômica do país, estavam em sincronia com as instituições de trabalho implementadas a partir da luta e dos movimentos sociais que reivindicavam os direitos trabalhistas.

É importante destacar a presença marcante, em todo o processo aqui analisado, de significativo número de funcionários que ingressaram no serviço público sob a administração e burocracia, inspiradas no modelo Weberiano que, por sua vez, serviu de orientação à organização política inaugurada a partir de 1930, cujo ápice deu-se no governo militar. As funções e cargos ocupados por esses funcionários eram os mais variados e compunham uma complexa hierarquia. Nesta, destacavam-se aqueles cujos cargos eram governamentais, de extrema responsabilidade e importância, tais como, a ocupação de ministérios ou secretarias de governo. Seguido por outros, cujos cargos não ofereciam *status*, tais como os que exerciam funções burocráticas em pequenas secretarias ou órgãos públicos, como também, os muitos agentes e profissionais da saúde, cujas funções variavam desde a prática da enfermagem até a ação policial.

## **5. Como se dá o Processo de Mudança**

Partindo das concepções institucionalistas que defendem que instituições são objetos de contínuas negociações que tentam redirecioná-las dentro das oportunidades e constrangimentos existentes (MAHONEY, 2005; THELEN, 2005; STREECK & THELEN, 2009) é possível compreender a teoria desenvolvida por estes autores sobre a mudança institucional de caráter incremental e gradual, a qual, denominam de Camada.

Estes autores apresentam quatro tipos de mudança institucional: Deslocamento, Camada, Deriva e Conversão, procurando identificar os tipos de mudança institucional no contexto político e institucional que, por sua vez, dirigem o tipo de mudança institucional esperada, uma vez que moldam o tipo de agente e de mudança que poderá surtir efeito em diferentes contextos institucionais.

Segundo nosso entendimento, o tipo de mudança institucional, aqui analisada, é a que os autores definem como Camada. O que caracteriza esse tipo de mudança institucional é a introdução de novas regras no topo ou ao longo das regras já existentes. Ocorre através de emendas, revisões, ampliação, enfim, quando novas regras são anexadas às antigas mudando os caminhos pelos quais as regras originais estruturaram o comportamento. Este processo normalmente acontece quando os atores carecem da capacidade de realmente modificar o sistema original de regras através de deslocamento e trabalham ao redor do sistema impondo novas regras ao longo das antigas (MAHONEY e THELEN, 2005).

As mudanças que significaram a unificação, efetização e ampliação do sistema de saúde pública e da previdência social no Brasil podem ser caracterizadas, portanto, como as que Streeck e Thelen (2009) denominam de Incrementais e por Camada, ou seja, mudança institucional de caráter endógeno, que ocorre de maneira lenta, gradual e processual e não em decorrência de choques exógenos ou mudança no ambiente.

Podemos afirmar que essas mudanças tiveram início a partir de 1930, continuaram no decorrer das décadas seguintes ao longo dos sucessivos governos que ocuparam o poder e que os fatores responsáveis por essas mudanças foram, principalmente, de ordem interna. De acordo com os estudiosos Luto e Laitin “há possibilidade de mudança institucional gerada endogenamente e isso faz com que, tais mudanças, sejam muito mais do que adaptativas ou de mera continuidade, tal qual considera a teoria da **dependência da trajetória**”. (apud STREECK e THELEN, 2009/Grifo Nosso).

É importante esclarecer que não estamos nos embasando em uma abordagem de mudança institucional considerada pelos autores da Teoria da Mudança Institucional Gradual, como “o viés conservador... propenso a explicar o que pode parecer novo como apenas mais uma versão do velho...” e que, segundo eles, “... é uma consequência do imprevisto ao se teorizar as questões sobre mudança institucional” (STREECK e

THELEN, 2009, p. 95). Outrossim, que “...a tendência nessa literatura é de subestimar a extensão das mudanças ou observar todos os códigos de mudanças como pequenos ajustes adaptáveis que as alteram circunstancialmente mas que mantém a reprodução dos sistemas existentes...” (Idem).

Embasados na abordagem da mudança incremental e gradual, acreditamos que as instituições de saúde implementadas, durante a Primeira República, não foram desmanteladas a partir e durante o regime político inaugurado em 1930. Ao contrário disto, essas instituições sofreram alterações graduais, ao longo do período Vargas e mesmo posterior a ele, através de uma série de medidas e políticas que tornaram-se possíveis por estarem circunscritas às possibilidades e competências de governos liberais. Muito embora, em alguns períodos, esses governos tenham sido centralizadores e autoritários, nunca deixaram de adotar, pelo menos em seus discursos, a concepção de democracia que fundamenta a noção do Estado Liberal.

Para fundamentar o que foi afirmado no parágrafo anterior, consideramos que a nova organização política do Estado Nacional, inaugurada em 1930, abriu espaço para que seus atores expandissem e fizessem funcionar as instituições de saúde criadas no período anterior e que não foram colocadas em prática dadas as circunstâncias pulverizadoras da estrutura política federalista da Primeira República. As instituições sanitárias e de saúde pública que, até então, eram setorializadas e difusas, foram sistematizadas, ampliadas e expandidas para todo o território nacional. Segundo Streeck e Thelen (2009), são características de mudança por Camada, as transformações processuais, de caráter expansivo e de efeitos cumulativos.

Outrossim, essas mudanças foram de ordem endógenas, dado que as instituições de saúde no Brasil, surgidas desde o final do século XIX, até os últimos anos da década de 1920, estabeleceram sistemas de proteção social importantes e relacionados as especificidades internas do contexto nacional. Essas instituições não foram excluídas ou eliminadas pelo poder “revolucionário” de 1930, nem pelo Estado Novo, inaugurado em 1937, tão pouco, pelo governo democrático de 1946 ou pelos outros governos que se seguiram. Ao contrário, elas evoluíram através de mudanças que foram sendo implementadas gradualmente, ao longo de décadas e de forma sutil, graças ao objetivo de sua implementação que, por si só, permitiram alterações contínuas já que tratavam-se de políticas sociais cuja característica, dentre outras, era de resolver as tensões e os

conflitos sociais inerentes ao processo de desenvolvimento capitalista, pelo qual o país passava. Esse argumento, também, reforça a noção de mudança denominada Camada.

É importante comentar, como evidência da mudança institucional por Camada, a questão da criação do INPS na década de 1960. O INPS foi o resultado de várias mudanças implementadas no sistema previdenciário brasileiro e de sua atenção médica, cujo embrião, foi a criação das CAPs em 1923. O sistema previdenciário de 1966 resultou numa integração ampliada entre Estado, empresas de serviços médicos – clínica, hospitais, laboratórios – particulares e empresas industriais – farmacêuticas, de equipamentos e aparatos médicos – que correspondeu a uma avançada organização capitalista no setor. O INPS exemplifica um outro aspecto característico de mudança institucional por Camada, ou seja, a introdução de um sistema de saúde privado junto ao sistema público existente.

Outra questão importante a ser considerada, refere-se ao processo iniciado na década de 1980, que teve como norte as várias instituições já existentes e que funcionavam parcialmente ou de maneira diferenciada em razão das grandes disparidades econômicas, culturais, sociais e políticas entre os diversos Estados do país. Esse novo marco referencial está expresso em dois dispositivos constitucionais que serão mencionados nas páginas seguintes.

## CONCLUSÃO

A transformação nas instituições de saúde implantadas na década de 1980 promoveu a descentralização da gestão do sistema, estabelecendo como foco, as secretarias estaduais de saúde, que assumiram as responsabilidades de órgãos reitores dos sistemas estaduais de saúde que resultou no modelo do SUS (Sistema Único de Saúde).

Sendo assim, resultou no reconhecimento da saúde como direito inerente à cidadania, o dever do Estado na promoção desse direito, a instituição de um sistema univesal de saúde, tendo como princípios a universalidade e integralidade da atenção, a descentralização, com comando único em cada esfera de governo, como forma de organização. E, na participação popular como instrumento de controle social, princípios

que foram incorporados ao novo texto constitucional de 1988 (MERCADANTE, 2002:247-248) .

Através dos princípios e diretrizes sob os quais o sistema passou a ser organizado e as competências e atribuições das três esferas de governo, a partir da regulamentação (Leis n. 8080, de 19/9/1990, e n. 8142, de 28/12/1990), buscou-se delinear o modelo de atenção à saúde e a demarcar as linhas gerais para a redistribuição de funções entre os entes federados. O SUS foi definido como constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público (Lei n. 8080, art. 4º, *caput*).

Outrossim, a iniciativa privada continuou a participar do SUS em caráter complementar (CF, art. 199, § 1º; Lei n. 8080, art. 4º § 2º, mediante contrato de direito público, mas as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos tiveram preferência (CF, art. 199, § 1º, Lei n. 8080, art. 25) (*Idem*, 2002).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sérgio Góes de. *Saúde e Previdência: estudos de política social*. São Paulo, HUCITEC, 1986.

CAMPOS, Francisco Itami. Cidade: Espaço de Dominação. *Boletim Goiano de Geografia*. Depto. Geografia. UFG. 14(1), jan/dez – 1994/61-75.

CASTRO-SANTOS, Luiz Antônio de; FARIA, Lina Rodrigues de. *A Reforma Sanitária no Brasil: ecos da Primeira República*. Bragança Paulista: EDUSF, 2003.

CERQUEIRA FILHO, Gisálio. *A questão social no Brasil: crítica do discurso político*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

GUIMARÃES, Reinaldo (org.) *Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

LUZ, Madei Therezinha. A Saúde e as Instituições no Brasil. In: GUIMARÃES, Reinaldo. *Saúde e Medicina no Brasil: Contribuição para um debate*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

MACHADO, Roberto. *Ciência e Saber: a trajetória da Arqueologia de Foucault*. Rio de Janeiro: GRAAL, 1988.

MENDONÇA, Sônia Regina. *Estado e Economia no Brasil: opções de desenvolvimento*. Rio de Janeiro: GRAAL, 1988.

MERCADANTE, Octávio Azevedo (coord). *Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil*. In: FINKELMAN, Jacobo (org). *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

MESTRINER, Maria Luiza. *O Estado entre a Filantropia e a Assistência Social*. São Paulo: Cortez, 2005.

MORAES, Antonio Carlos R. *Território e História no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 2002.

STREECK, Wolfgang; THELEN, Kathleen. *Institutional Change in Advanced Political Economies*. In: HANCKE, Bob (editor). *Debating Varieties of Capitalism*. Oxford, Oxford University Press, 2009.

THELEN, Kathleen; MAHONEY, James. *A Theory of Gradual Institutional Change*. Oxford University Press, 2005. Disponível em: [www.cambridge.org](http://www.cambridge.org) . Acesso em: 01 maio 2011.

VIEIRA, Evaldo A. *Estado e Miséria Social no Brasil: de Getúlio a Geisel*. São Paulo: Cortez, 1983.