

INFILTRANDO O ESTADO: A EVOLUÇÃO DA REFORMA DA SAÚDE NO BRASIL, 1964 – 1988

*Tulia G. FALLETTI**

*Tradução: Alan César Belo ANGELUCI***

RESUMO: O artigo analisa a evolução institucional do sistema de saúde que resultou na universalização da cobertura e na municipalização da provisão de serviços de saúde no Brasil. Eu argumento que o processo de transformação da relação entre Estado e sociedade no contexto do Estado autoritário facilitou a infiltração de grupos sociais reformistas na burocracia estatal. Esses ativistas reorientaram a política de saúde autoritária através do estabelecimento de novos objetivos. Ao analisar este caso de mudança institucional, o artigo utiliza uma perspectiva gradualista para compreender a evolução institucional e alerta os estudiosos do tema sobre a inadequação de priorizar as explicações centradas em conjunturas críticas ou nos efeitos predeterminados para explicar as mudanças ou a inércia institucional.

PALAVRAS-CHAVE: Reforma dos serviços de saúde. Municipalização. Movimento sanitário. Mudança institucional. Federalismo Brasil.

Política no Brasil muda mais por agregação do que por substituição.
Schmitter (1971, p.256).

Nas últimas duas décadas, o Sistema de Saúde Brasileiro passou por duas grandes transformações: *universalização* e *municipalização*. Antes de 1988, a

* University of Pennsylvania. Professora Assistente de Ciências Políticas. Philadelphia – Pennsylvania – EUA.

** UNESP – Universidade Estadual Paulista – Faculdade de Arquitetura Artes e Comunicação. Bauru – SP – Brasil. 17033-360 – aangeluci@yahoo.com.br

administração do Sistema de Saúde era centralizada no Governo Federal. Estados e municípios tinham um papel mínimo na gestão e na distribuição de cuidados de saúde. O financiamento público era canalizado ao setor privado através de contratos e predominavam as desigualdades na provisão dos serviços. Grande parte da população não tinha acesso a cuidados de saúde, ou porque não tinha direito a previdência social ou seguro privado ou porque não existiam serviços de saúde nas áreas onde viviam.

Duas décadas depois, o sistema foi radicalmente reconfigurado. No novo Sistema, a cobertura é universal, o acesso aos serviços financiados com recursos públicos é gratuito, os serviços públicos são integrados e a distribuição da atenção à saúde é descentralizada. O setor privado continua a existir paralelamente ao setor público, mas sua importância como prestador de serviços contratado pelo sistema público tem se reduzido significativamente. Os estados brasileiros e alguns dos maiores municípios são responsáveis por serviços de saúde de alta complexidade, e todos os municípios – mais que 550 no total – distribuem serviços básicos de saúde.

Esse desenvolvimento é surpreendente à luz de teorias existentes que apontam para as barreiras políticas intransponíveis à universalização em um contexto como o do Brasil. Várias características do sistema anterior deviam ter enfraquecido os esforços nessa direção. Em particular, o fato de que uma porção considerável da população gozava da cobertura do setor privado poderia ter reduzido a coalizão política favorável à reforma. Além disso, a previdência nacional pública era focada apenas para parcelas de trabalhadores urbanos desprovidas de capacidade política para impulsionar a sua extensão. Ademais, desde 1964, o governo militar fez grandes avanços na construção de uma indústria médica privada. De um ponto de vista comparativo, as barreiras políticas à universalização dos serviços de saúde pareciam intransponíveis (HACKER, 1998).

Porque e como o Brasil alcançou a universalização da atenção à saúde apesar da evolução institucional anterior do sistema de saúde? A maioria dos estudiosos invoca uma explanação centrada na noção de conjuntura crítica, identificando “pontos de ruptura” ou as crises econômicas como fontes provedoras do solvente que dissolveu o velho sistema e abriu as portas para algo novo. A explicação mais proeminente encontrada na literatura aponta para a reforma constitucional de 1988, ocorrida em meio à transição para a democracia depois de duas longas décadas de regime militar (1964-1985) (KAUFMAN; NELSON, 2004). De acordo com essa visão, as reformas na área de saúde foram possíveis quando a estrutura das oportunidades políticas mudou; isso ocorreu durante um período de excepcional abertura política que produziu um cenário no qual foram atenuadas as pressões institucionais e políticas colocadas sistema de saúde anterior. Nessa interpretação, a Constituinte de 1987-1988 foi um desses curtos e raros episódios em que

ocorrem oportunidades de mudanças fundamentais em arranjos institucionais até então fechados. Outro grupo de estudiosos localiza a origem das reformas na crise econômica do início dos anos 1980, que criou incentivos para reestruturar economicamente o conturbado sistema de previdência social que financiava e organizava a provisão serviços de saúde oferecida à parcela significativa da população trabalhadora (DRAIBE, 1994; LEWIS; MÉDICI, 1998). De modo similar à visão anterior, essa explicação considera que a crise econômica é a conjuntura crítica que produziu as mudanças institucionais.

Essas explicações, no entanto, são um tanto limitadas. Neste capítulo, mostrarei que as reformas no sistema de atenção à saúde, introduzidas pela Constituição Brasileira de 1988 e implementadas ao longo da década de 1990, não foram resultado de uma conjuntura crítica, nem política nem econômica. Ao contrário, elas foram resultado de mudanças graduais – iniciadas muito antes da transição à democracia – através das quais atores localizados na periferia do sistema então existente foram capazes de introduzir mudanças incrementais pelo processo que editores desse volume chamam de “adição de camadas”. A abertura crucial para as estratégias desses “subversivos” foi oferecida pelos militares, que nos anos de 1970 introduziram reformas no sistema de saúde que foram projetadas para solidificar o regime autoritário através da extensão da presença do Estado na zona rural. Os militares estavam interessados na expansão da presença estatal nas áreas periféricas do Norte e Nordeste, onde estava praticamente ausente. O regime também estava interessado na domesticação das demandas políticas de movimentos sociais rurais crescentemente ativos. No esforço de legitimar sua dominação e cooptar ativistas rurais, o governo militar gradativamente estendeu a atenção à saúde aos trabalhadores autônomos, rurais e, pelo menos para atendimentos de urgência, aos desempregados.

Essas medidas ofereceram a organizações de esquerda da área de saúde, vinculadas ao *movimento sanitário*, uma abertura para colocar em prática em uma grande variedade de modelos de medicina preventiva e de medicina social que participantes do *movimento* já vinham implantando de maneira isolada em localidades do País, principalmente nos municípios da região Sul, comandados pela oposição. Em resumo, a penetração da sociedade pelo Estado autoritário facilitou a infiltração do Estado por elementos reformistas na sociedade. Além disso, fortalecido por um processo gradual de abertura política e democratização, o movimento sanitarista cada vez mais imprimiu sua orientação ideológica à reforma do sistema de saúde, que se aprofundou depois de 1976. As reformas pós-1985 meramente revelaram – mas também codificaram e institucionalizaram – os princípios da universalidade e descentralização que já vinham sendo transformados em dominantes pelas ações desses “subversivos” que foram capazes de operar

na periferia e na dentro da lógica do sistema existente, embora em caminhos que gradualmente alteraram sua trajetória.

Penetrando na sociedade: a integração militar dos serviços de saúde e extensão da cobertura

Antes de 1988, serviços de saúde eram organizados em três subsistemas: o setor privado, o setor público e o setor de previdência social. O setor privado cobria 20 a 30% da população através de grupos médicos, cooperativas, planos de autogestão, ou seguros de saúde privados. Mais importante, entretanto, o subsistema de previdência social contratava o setor de saúde privado para fornecer serviços (serviços especializados hospitalares e ambulatoriais, particularmente) aos segurados. No setor público, os serviços de saúde eram responsabilidade compartilhada dos governos federal, estadual e municipal. O primeiro focava sua ação nas campanhas de vacinação e controle de surto de epidemias. O Ministério Nacional da Saúde, criado em 1953, foi financiado com deficiência e era somente responsável por cuidados preventivos e alguns crônicos (LOBATO; BURLANDY, 2000). Aos estados e municípios cabia a cooperação com o governo federal, que por vezes transferia recursos financeiros aos níveis subnacionais de governo, e a oferta crescente e universalizada de atenção básica de saúde a população.

O setor de previdência social era o maior dos três subsistemas. Suas origens remontam à década de 1920, quando os primeiros fundos de previdência social foram formados para trabalhadores de empresas urbanas. Tais fundos (Caixas de Aposentadorias e Pensões) forneciam pensões por invalidez, aposentadoria e pensões, bem como assistência médica e funerária aos trabalhadores. Nas décadas de 30 e 40, o governo Vargas estruturou o sistema de previdência social como um dos três principais pilares (junto com a Justiça do Trabalho e a Estrutura Sindical) da organização do Estado Corporativista. Com esse fim, ele consolidou a formação de sete institutos de previdência social organizados por setor da economia. Esses institutos eram financiados através de contribuições compulsórias de empregadores e empregados, e embora o Estado supostamente devesse contribuir para os fundos previdenciários, ao longo do tempo somente arcaram com os custos administrativos dos institutos (MALLOY, 1979).¹

¹ Os Institutos de Segurança Social foram entidades de autarquia pública sob a supervisão do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Eles eram geridos por um presidente apontado pelo Presidente da República e um conselho, de quatro a oito membros, onde empregadores e empregados eram igualmente representados. Depois de 1953, os Institutos de Aposentadorias e Pensões, IAPs, era o instituto de trabalhadores em ferrovias e serviços públicos (IAPFESP), de trabalhadores bancários

Apesar do estímulo corporativista anterior, o setor de previdência social cobria apenas 7,4% da população brasileira em 1960, e 9% em 1970 (MALLOY, 1979; WEYLAND, 1996). Os trabalhadores rurais, autônomos urbano e os esporadicamente empregados ficaram sem seguro (MALLOY, 1979; McGUIRE, 2010). A alta desigualdade na provisão de serviços de saúde minou o sistema, tanto no que tange à qualidade quanto à variedade de serviços oferecidos por diferentes institutos, bem como no que se refere à disponibilidade de serviços disponíveis às populações de diferentes regiões do País.²

Houve tentativas anteriores para estender a cobertura da previdência social e reduzir a desigualdade. Em 1940, inspirada no Plano Beveridge britânico, tecnocratas do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI) propuseram um sistema de proteção social, igualitário e universal (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986; WEYLAND, 1996). Os incentivos políticos para modificar o sistema, entretanto, eram muito poucos, pois como os analfabetos não podiam votar (em vigor até 1985), grande parte das populações rurais e dos pobres urbanos tornavam-se irrelevantes para os projetos eleitorais.³ Em 1945, Vargas tentou unificar todo o sistema de previdência social, mas a burocracia dos institutos de saúde e os grupos opuseram-se à medida, que nunca foi implementada (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986; LUNA; KLEIN, 2006)⁴. Os Institutos de Aposentadoria e Pensões tinham se tornado importantes fontes de poder, tanto para políticos ligados aos trabalhadores organizados quanto para os líderes sindicais que queriam preservar a estrutura dos Institutos vigente (MALLOY, 1977; 1979). Também contrários à integração do sistema de previdência social estavam os gerentes e tecnocratas de outras

(IAPB), do comércio (IAPC), da indústria (IAPI), da marinha (IAPM), do transporte de cargas (IAPTC), e dos serviços civis (IPASE) (MALLOY, 1979).

² O sistema foi configurado de forma que os institutos pudessem fornecer a seus membros serviços médicos só depois de outras obrigações serem abastecidas. Dessa forma, os fundos com membros com altos índices de renda per capita e poucas reclamações de doenças e invalidez poderia sustentar melhor o esquema médico. Grande número desses trabalhadores frequentemente empregados em trabalhos insalubres e perigosos admitiram os piores sistemas de Saúde. Dessa forma, o IAPB (setor bancário), com aproximadamente 153.000 afiliados em 1960, forneceu o melhor cuidado médico, enquanto que o IAPI (trabalhadores industriais), com mais de 2,1 milhões de afiliados tinha o pior (MALLOY, 1979). Essas desigualdades eram combinadas pela distribuição regional de todos os serviços e instalações de Saúde (pública, seguro social e privada), que favoreciam as áreas urbanas do Sudeste, onde médicos e leitos de hospitais eram concentrados consideravelmente nos maiores índices per capita que no resto do país. Em 1970, por exemplo, havia 7,4 médicos por 1.000 habitantes no Sudeste, comparados aos 2,3 e 2,4 médicos nos estados do Norte e Nordeste, respectivamente. Similarmente, havia 5,4 leitos de hospitais por 1.000 habitantes no Sudeste, comparados a relação de 2,8 no Norte e 1,9 no Nordeste (MALLOY, 1979).

³ O apoio político dos chefes rurais tradicionais, os coronéis, era suficiente para a disponibilização dos votos rurais (sobre coronelismo, confira Leal (1997)).

⁴ Foi o decreto-lei número 7526 (Lei Orgânica dos Serviços Sociais do Brasil) que tentou unificar todos os institutos de segurança de saúde social (IAPs) e substituí-los pelo Instituto de Serviços Sociais (Instituto de Serviços Sociais do Brasil, ISSB).

organizações de previdência social, que historicamente tinham se comprometido com o sistema contributivo de financiamento (isto é, serviços fornecidos somente àqueles que contribuem) e se preocupavam com a possível inviabilidade financeira de oferecer cobertura a uma ampla massa de pobres (WEYLAND, 1996).

O sistema de saúde pouco se alterou até o regime militar chegar ao poder em 1964. Sob os militares, o subsistema de previdência social foi integrado e a cobertura estendida, privilegiando contratos com o setor privado prestador de serviços sempre que possível. Como forma de reduzir o poder dos trabalhadores urbanos organizados, o general Humberto de Alencar Castelo Branco (1964-1967) unificou todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões em um único organismo, o Instituto Nacional de Previdência Social, INPS, e substituiu seus presidentes e conselhos “políticos” por tecnocratas “apolíticos”. Fazendo isso, o regime militar diluiu um dos mais vitais pilares dos poderes institucionais do movimento sindical. Essa reforma, que tinha sido tentada no período democrático, e fracassado devido aos grupos que a ela se opunham, era, do ponto de vista da oferta de serviços, uma reforma igualitária. Todos os trabalhadores urbanos do setor privado, que tinham anteriormente sido abrangidos pelos Institutos, tinham os mesmos benefícios de previdência social e saúde. Entretanto, desigualdades persistiram: os servidores públicos e funcionários militares ficavam em fundos separados que se caracterizavam pelos altos níveis de privilégios, e os pobres do setor informal da economia, os trabalhadores rurais e mantiveram-se excluídos (MALLOY, 1979; WEYLAND, 1996).

Durante sua fase mais repressiva (a presidência de Emílio Médici, 1969-1974), o governo militar concedeu cobertura de previdência social e saúde à população rural, através da criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural, FUNRURAL, de 1971, aos trabalhadores domésticos, em 1972, e autônomos, em 1973. Respondendo à pressão de movimentos sociais rurais radicalizados (ERICKSON, 1977), um programa com o mesmo nome havia sido criado durante a presidência de João Goulart (1961-1964), mas devido à falta de aporte financeiros significativos esse programa nunca foi implementado (MALLOY, 1979). Os militares agora financiavam o FUNRURAL e a inclusão de novas categorias de trabalhadores urbanos no sistema previdenciário com impostos sobre a venda de produtos agrícolas e com as folhas de pagamento de empresas urbanas. Rapidamente, a proporção da população coberta por previdência social cresceu de 9% para 90% (McGUIRE, 2010). A qualidade dos serviços e pensões para as populações rurais era significativamente mais baixa que a da população urbana. E o total de recursos do FUNRURAL correspondia somente a um décimo dos recursos pré-existentes no sistema de previdência social organizado para os trabalhadores urbanos (INPS), mesmo que ambos atendessem a populações grosso modo do mesmo tamanho.

(MALLOY, 1979). Todavia, o FUNRURAL era “a mais importante mudança redistributiva já feita na previdência social brasileira” (WEYLAND, 1996, p.91). Além disso, como explica McGuire, “o FUNRURAL era o primeiro programa de seguro social brasileiro que rompeu com o princípio [contributivo] de que o benefício depende de contribuição” (McGUIRE, 2010).

Por que o mais repressivo governo do período militar lançou uma reforma redistributiva tão importante? Duas razões são aparentes. Por um lado, o regime militar implantou essa reforma como meio de domesticar e cooptar o ativismo rural. No início dos anos de 1960, a turbulência política e agitação organizativa proliferavam nas áreas rurais, particularmente no Nordeste⁵. Essa mobilização foi percebida como um desafio populista realizado em nome do antigo Presidente Goulart. O FUNRURAL tinha o propósito de diluir o descontentamento social que graçava entre a população rural e de diminuir a preocupante tendência de migração rural-urbana⁶. Na clássica tradição do Estado corporativista, o regime militar cooptou a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura, CONTAG, e confiou a ela a administração do FUNRURAL, enquanto neutralizava os elementos radicais do movimento rural⁷.

Por outro lado, os militares procuraram usar o FUNRURAL para estender a presença do Estado nas áreas rurais remotas do Norte e Nordeste, por razões de segurança nacional. Os militares adotavam uma doutrina de segurança nacional abrangente, que relacionava a plena realização do potencial humano e econômico da nação à busca primordial pela segurança militar e pela grandeza nacional (STEPAN, 1971; MALLOY, 1979). Ao criar o sistema de cobertura de seguro social para a população agrícola, e conferir o controle de sua administração a uma organização civil (CONTAG), os militares objetivavam estender o alcance do Estado ao Norte e Nordeste e ao mesmo tempo penetrar e cooptar as organizações de trabalhadores rurais.

Entretanto, nesse movimento de integrar e expandir o sistema de saúde, o regime militar privilegiava o setor privado de saúde. A ampla extensão da cobertura de saúde aconteceu através da expansão dos serviços privados de saúde (LEWIS; MÉDICI 1998). Enquanto que em 1960, 14% de todos os leitos de hospitais pertenciam ao setor privado, em 1976 essa porcentagem tinha crescido para 73% (LOBATO; BURLANDY 2000; McGUIRE, 2010). Além disso, quando o

⁵ Organizações rurais independentes, as então chamadas Ligas camponesas, tinham se formado entre os anos de 1950 e 1960, auxiliadas tanto pela Igreja Católica quanto pelos Partidos Comunistas (FLYNN, 1978). Algumas das ligas radicalizaram a ponto de se tomarem envolvidas em guerrilhas.

⁶ Em 1960, 55% da população brasileira viviam em áreas rurais, mas nos anos de 1980 essa porcentagem diminuiu 32% (HOUTZAGER; KURTZ, 2000).

⁷ De todas as organizações nordestinas, as ligas camponesas radicais sofreram o maior número de prisões e assassinatos políticos depois do Golpe de 1964 (MORAES, 1970; MALLOY, 1979).

atendimento de emergência foi estendido para não-segurados em 1974, o número de “emergências” tratadas por hospitais privados cresceu além das expectativas (WEYLAND, 1996)⁸.

A promoção do setor privado na área foi mais facilitada por uma reforma previdenciária introduzida em 1977, na qual os militares separaram os componentes de pensão e de cuidados médicos da previdência social. O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) foi criado para coordenar os serviços de saúde do sistema de previdência social, automaticamente tornando essa organização um dos principais canais para a transferência de recursos públicos ao setor privado⁹. Além de tudo, o INAMPS institucionalizou um sistema de saúde de alto custo, especializado, curativo e hospitalar concentrado nas regiões lucrativas do país (ARRETCHÉ, 2004; McGUIRE, 2010). Com a criação dessa nova abrangente instituição, o FUNRURAL foi substituído e por ela absorvido, o presidente Ernesto Geisel (1974-1979) levou adiante a reforma apesar da oposição da organização que congregava trabalhadores agrícolas (CONTAG), que o governo tinha anteriormente cooptado para administrar o programa rural.

Nos anos de 1970, então, apesar da integração dos institutos de previdência social e da extensão da cobertura a uma ampla porção da população, as condições institucionais não eram auspiciosas para universalização e municipalização. Primeiro, como nos Estados Unidos, um sistema de seguro de saúde nacional não havia sido criado, embora uma grande parcela da população fosse servida pelo setor privado. Segundo, o primeiro programa de seguro nacional, FUNRURAL, alcançou uma porção substancial da população, mas representava menos de um décimo do subsistema de previdência social – coexistindo com os programas destinados aos trabalhadores urbanos. Finalmente, como expandiram a cobertura aos trabalhadores informais, domésticos e universalizaram o tratamento de emergência, os governos militares construíram um sólido caminho a favor da construção de uma indústria médica privada.

Entretanto, como devemos ver agora, esses movimentos dos militares voltados para a integração do sistema de saúde e extensão de livre cobertura para

⁸ Em 1978, o presidente do INPS reconheceu que havia seiscentas mil hospitalizações desnecessárias nos quatro anos desde que emergências tornaram-se cobertas pelo Ministério do Seguro Social e Bem Estar (ESCOREL, 1999).

⁹ O INAMPS reembolsava médicos sobre uma base de pagamento-por-serviço. Por serem as consultas nos consultórios pagas a valores mais baixos em relação ao custo do que eram testes de diagnóstico e estadia em hospitais, houve um aumento em estadias em hospitais e procedimentos médicos desnecessários. A prática do INAMPS de pagar valores mais altos por nascimentos por cesariana, por exemplo, levou a um número estimado de 186.000 cesarianas desnecessárias em 1979. Em 1986, 32% de todos os nascimentos no Brasil, e 64% entre grupos de alto rendimento em São Paulo, foram por cesarianas – comparadas ao valor de 10 a 15% recomendado pela Organização Mundial da Saúde (McGUIRE, 2010).

futuros eleitorados periféricos tiveram consequências para as posteriores propostas de reformas. Além disso, o esforço do regime militar em penetrar na sociedade ao invés de controlá-la paradoxalmente tornou o Estado autoritário mais permeável e mais fácil de ser infiltrado por movimentos reformistas.

Infiltrando no estado autoritário: a reorientação das reformas na saúde pelo movimento sanitário

Durante o regime militar, um movimento que propunha a reforma do setor de saúde, de esquerda e bem organizado, foi capaz de penetrar na burocracia do Estado, redefinindo e redirecionando as reformas introduzidas pelos militares com novos objetivos. Como os militares, o movimento reformista promovia a integração do sistema de saúde e aumento da cobertura. Entretanto, diferente dos militares, o movimento buscava o fortalecimento do setor público e a descentralização da oferta e demandas de serviços de saúde para os municípios. Com o auxílio da estrutura Federal do governo brasileiro, membros desse movimento sanitário de esquerda foram capazes de ocupar posições-chave no setor de saúde: em governos municipais de oposição ao regime militar, em órgãos federais de saúde, e na Organização Panamericana de Saúde (RODRIGUEZ NETO, 1997). A partir dessas posições, eles, além de redefinirem programas existentes, também criaram e promoveram novos, guiados pela ideologia do movimento, quer dizer, por suas definições sobre as quais deveriam ser os objetivos de saúde pública, por suas concepções sobre burocracia e política e por suas agendas políticas. De certo modo, o movimento sanitário atuou como uma “guerrilha ideológica”, como parte de uma “elite subversiva”, “[...] cujos membros dividiam crenças sobre a natureza das políticas e da organização econômica que diferiam daquelas usualmente definidas como pertencentes à elite do poder”. (ADLER, 1986, p.704-705).

O movimento sanitário originou-se no período desenvolvimentista do início dos anos de 1960, durante o governo de inclinação esquerdista do Presidente Goulart. O movimento enfatizava cuidados preventivos e entendia a saúde como um direito humano universal aliado à condição de vida socioeconômica dos cidadãos. Saúde, os sanitaristas invocavam, não pode ser desvinculada do acesso a moradias decentes, à educação e ao emprego (CEBES, 1980; CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986a). Diferente do sanitarismo campanhista (o tradicional sanitarismo rural) do período da Velha República pré-1930 (PAIVA, 2006), o movimento sanitário desenvolvimentista se opunha à centralização de recursos e de tomada de decisões, e defendia a municipalização da saúde. A municipalização, os sanitaristas argumentavam, poderia levar cuidados básicos de saúde a áreas rurais remotas,

onde nem mesmo os serviços de saúde estaduais conseguiam chegar naquela época (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1963, CONASS, 2007)¹⁰.

O Golpe Militar contra o presidente Goulart em 1964 foi claramente uma derrota para o movimento sanitário desenvolvimentista, que havia sido próximo à administração de Goulart. Entretanto, mesmo que a configuração institucional e a política nacional impedissem qualquer esforço no sentido de reforma nacional imediata, os sanitaristas continuaram a perseguir seus objetivos em outros níveis e através de canais alternativos. Por exemplo, uma reforma de 1968 que obrigava a criação de departamentos de medicina preventiva em universidades brasileiras abriu a porta para a institucionalização do movimento sanitário reformista (CONASS, 2007). Médicos sanitaristas passaram a ensinar nesses departamentos e ganharam força organizacional (ESCOREL; BLOCH, 2005). Em 1976 foi criada a associação sanitarista Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES. Nas páginas de seu influente periódico *Saúde em Debate*, o CEBES opunha-se às políticas de saúde da ditadura (ESCOREL; BLOCH, 2005).¹¹ De modo similar ao papel da elite científica e tecnológica que, quase a mesma época, estava desenvolvendo a indústria de nacional de informática, o CEBES “[...] tornou-se a casa para grupos ideologicamente assertivos – um ‘quartel general da guerrilha’, que ali se estabeleceu para divulgar ideias, aumentar a conscientização, e usar poder político para atingir seus objetivos” (ADLER, 1986, p.691)¹². De fato, muitos dos membros do movimento sanitário eram militantes pertencentes ao Partido Comunista Brasileiro (RODRIGUEZ NETO, 1997).

¹⁰ Na terceira Conferência Nacional de Saúde de 1963, os representantes do movimento sanitarista desenvolvimentista demandaram que os cuidados de Saúde fossem devolvidos a nível municipal e recomendou a criação de estruturas sanitárias básicas em todos os municípios que incluíam infraestrutura de água e esgoto, supervisão de estabelecimentos alimentícios, vacinação contra doenças contagiosas, provisão de cuidados básicos de saúde, proteção a mulheres grávidas e crianças, educação sanitária, e coleta de estatísticas vitais (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1963). A municipalização das demandas de saúde, não obstante a proliferação de municípios era uma preocupação naquele tempo. A criação de novos municípios respondia – aparentemente – a incentivos eleitorais de líderes locais e a incentivos econômicos criados pela lei 395 (de 18 de Julho de 1948), que distribuía o imposto de renda em partes iguais entre todos os municípios (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1963). Então, de acordo com o censo brasileiro, o número de municípios cresceu de 1.889 em 1950 para 2.766 em 1960; 3.952 em 1970; 3.991 em 1980; 4.491 em 1991; e 5.507 em 2000.

¹¹ A importância da CEBES não declinou ao longo dos anos. Em um estudo de difusão do Programa Saúde da Família em mais de duzentos municípios brasileiros, Sugiyama (2008) descobre que a afiliação com a CEBES leva a um aumento na probabilidade de adoção de programas.

¹² Uma diferença importante entre grupos é que apesar de grupos científicos desenvolverem indústria de computadores domésticos estarem trabalhando dentro do Estado, na Comissão para Coordenação de Atividades de Processamento Eletrônico (CAPRE) no Ministério do Planejamento, CEBES era parte da sociedade civil. Não obstante, como os cientistas da CAPRE, os reformistas da Saúde também podiam penetrar no Estado e promover programas de saúde progressivos. Para mais informações sobre o fascinante desenvolvimento da indústria de computadores domésticos no Brasil durante o ano da ditadura militar, ver Adler (1986).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Básicos da Saúde, organizada em 1978 pela Organização Mundial de Saúde em Alma-Ata, sob o lema “saúde para todos nos anos 2000”, fortaleceu ainda mais as demandas progressistas do movimento sanitário (CONASS, 2007, p.35-38; WEYLAND, 2007). Nos anos seguintes, foi formada outra organização sanitarista influente, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, ABRASCO.

No final dos anos de 1970, o movimento sanitário tinha uma estratégia que se desdobrava em três elementos: (1) produzir e disseminar as propostas de sua reforma progressista; (2) ocupar posições de poder onde fosse possível, ou seja, infiltrar o Estado, e (3) influenciar o Congresso Nacional (RODRIGUEZ NETO; TEMPORÃO; ESCOREL, 2003). Em 1979, como um resultado da pressão exercida pelo movimento sanitário, a Câmara de Deputados organizou o primeiro simpósio do Brasil sobre política nacional de saúde (ESCOREL; BLOCH, 2005). Em um documento apresentado no simpósio, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde propôs a criação de um sistema de saúde descentralizado e unificado (CEBES, 1980). O processo de abertura política em nível municipal e depois no estadual (SAMUELS; ABRUCIO 2000; FALLETI, 2007) proporcionou aos membros do movimento a oportunidade de ocupar posições em governos locais¹³. Eles, aos poucos, infiltraram-se na burocracia pública de baixo para cima.

A gradual evolução institucional do sistema de saúde do Brasil

Em contraste com outros movimentos Marxistas ou nacional-populistas contemporâneos na América Latina, os médicos reformistas no Brasil não concebiam o Estado como um aparato monolítico que representava unicamente os interesses da classe dominante, que deveria ser expelida. Ao contrário, desde o início dos anos de 1970, os médicos sanitaristas afiliados ao movimento de medicina preventiva e saúde comunitária objetivavam ocupar posições de poder na burocracia da saúde pública (ESCOREL, 1999, p.24). Na realidade, esses médicos buscavam explorar o espaço de manobra que existia como resultado de suas habilidades para tomar decisões dentro de burocracias que não tinham sido criadas por eles. Na perspectiva dos militares, as propostas do movimento sanitário de medicina comunitária eram soluções baratas para a crescente demanda por serviços de saúde e de saneamento que tinha sido gerada nos anos do “milagre econômico” (ESCOREL, 1999). O regime burocrático-autoritário então criou instituições de pesquisas setoriais que enfatizavam o conhecimento técnico e a modernização da administração. Essas

¹³ Entrevistas com Luiz Carlos Pelizari Romero (Rio de Janeiro, 4 de Agosto de 2005) e Gilberto Hochman (Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2005).

instituições logo foram ocupadas por membros do movimento sanitário e se tornaram as principais geradoras de propostas para a reforma da saúde aqui analisadas (SCOREL, 1999). Além disso, a partir da presidência de Geisel, que iniciou o processo de abertura política, o Ministério da Saúde tornou-se mais “permeável” a novas ideias e atores.

O federalismo também facilitou a infiltração de líderes reformistas na burocracia, particularmente em âmbito local. Para manter a aparência de divisão vertical e horizontal do poder, os militares permitiram que algumas eleições permanecessem ocorrendo. Todos os postos legislativos (em nível nacional, estadual e municipal), por exemplo, eram eleitos. Com algumas exceções, prefeitos também eram eleitos, bem como os governadores de estado, embora a eleição dos últimos tenha iniciado mais tarde, em 1982. Então, graças à divisão vertical de poder característica dos arranjos federais, a oposição primeiramente ganhou eleições e assumiu governos locais. Esses governos eleitos por sua vez abriram as portas de suas secretarias municipais de saúde para membros do movimento sanitário reformista. Os municípios de Campinas (São Paulo), Londrina (Paraná), municípios do Vale do Jequitinhonha, Montes Claros (todos em Minas Gerais), e Niterói (Rio de Janeiro) tiveram experiências de programas locais progressistas durante os anos de 1970 (CORDEIRO, 2001; RODRIGUEZ NETO; TEMPORÃO; SCOREL, 2003)¹⁴. O projeto de Montes Claros, que integrou os serviços de saúde no norte de Minas Gerais, tornou-se um modelo institucional importante para um programa mais extensivo e ambicioso¹⁵.

Em 1976, um grupo de médicos sanitaristas do prestigiado órgão de pesquisa governamental Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, IPEA, e do Ministério da Saúde elaboraram um programa de saúde chamado Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, PIASS, que consistia em implantar uma rede de pequenas unidades de saúde em localidades de baixa densidade populacional (TANAKA et al., 1992). A rede era projetada para fornecer cuidados preventivos e serviços de saneamento à população de cidades pobres e pequenas de nove estados do Nordeste e em Minas Gerais. O programa previa a integração dos serviços de saúde em âmbito local, sob a coordenação das secretarias estaduais de saúde. Provedores de serviços de saúde privados, que não operavam nessas áreas pobres e remotas, não opuseram à reforma. Entretanto, como o Programa utilizava recursos da previdência social sofreu a oposição dos tecnocratas do INAMPS. Políticos nordestinos (muitos deles filiados ao partido que apoiava o regime militar), porém,

¹⁴ No caso de Niterói, funcionários locais copiaram o modelo de médico da saúde da família adotado em Cuba (WEYLAND, 2007). No momento, na verdade, era muito comum para médicos sanitaristas viajar a Cuba ou Itália para estudar os programas de saúde de comunidades locais nessas nações.

¹⁵ Confira Escorel (1999) para uma análise detalhada do programa de Montes Claros.

exerceram pressão suficiente sobre o governo federal para que o programa fosse implementado.

Com o apoio do governo federal, o novo Programa regional resultou na implantação de postos avançados de saúde em 700 municípios, em 1980 (56% do total no Nordeste e Minas Gerais). Essas clínicas serviam de sete a oito milhões de pessoas, cerca de 20% da população da região Nordeste, então. No estado de Minas Gerais, Bahia, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Alagoas, o Programa operava bem. No Ceará e Paraíba, no entanto, apesar de ser implantado, o Programa ficou aquém das necessidades locais. Finalmente, no Maranhão, Piauí e Sergipe, o Programa ainda estava em fase inicial (SOUZA, 1980). Nos anos de 1980 um total de 1.250 postos de saúde (cada um com cerca de 40 metros quadrados de tamanho) tinham sido construídos em localidades com menos de 2.000 pessoas. Em cidades com mais de 6.000 habitantes, 650 centros de saúde foram construídos (de 40 a 150 metros quadrados de tamanho). Os postos e centros de saúde estavam diretamente conectados às instalações médicas de alta complexidade das maiores cidades do estado mais próximas ou às capitais. O Programa tinha um componente de saneamento através do qual 172 sistemas para fornecimento de água e 22.000 latrinas foram construídas. Além disso, o PIASS recrutou e treinou agentes de saúde em regiões selecionadas, muitos deles jovens sem treinamento em saúde formal, os quais não marcados por preconceitos profissionais. Nos primeiros três anos de operação o Programa treinou 3.700 agentes de saúde, 80% dos quais tinham somente educação básica¹⁶.

O PIASS teve importante efeito político para a universalização e municipalização da Saúde. Primeiro, ele estimulou a coordenação interministerial. Os Ministros da Saúde, da Previdência e Assistência Social, e do Interior foram todos representados nos grupos executivos interministeriais, junto com um secretário da Presidência da República. O PIASS foi um dos primeiros programas (se não foi o primeiro) a reunir todos esses ministérios em um único programa de saúde. Segundo, o Programa promoveu a coordenação intergovernamental, pois os supracitados ministérios, e as secretarias estaduais de saúde e de saneamento integravam um grupo de coordenação e supervisão. O financiamento do Programa também envolveu a cooperação dos governos federal, estadual e local. O PIASS assim constituiu o primeiro empenho sistemático de coordenação vertical de ações do governo municipal, estadual e federal em grupos de trabalho, no financiamento, na distribuição e na supervisão de serviços públicos de saúde. Terceiro, o PIASS fortaleceu a posição das secretarias estaduais de saúde em relação aos representantes da toda poderosa burocracia nacional da previdência social. Esse aspecto se mostrou

¹⁶ O sucesso subsequente dos programas de saúde no Nordeste teria práticas similares de recrutamento e treinamento pessoal. Confira Tandler (1997).

importante alguns anos mais tarde, quando outro programa de descentralização apelou para essas mesmas secretarias estaduais de saúde para viabilizar sua implementação. Finalmente, o PIASS levou à criação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em fevereiro de 1982 (SCOREL; BLOCH, 2005), apenas alguns meses antes da primeira eleição direta de governadores, após a implantação do regime militar vir a ocorrer.

O PIASS e as propostas subsequentes de estender a cobertura pública a outras regiões (como o Programa Prev-Saúde) não obtiveram apoio unânime dos atores relevantes. Do modo como se desenvolveu, o Programa encontrou oposição crescente no setor privado e em parte da burocracia nacional (TANAKA et al., 1992; RODRIGUEZ NETO; TEMPORÃO; SCOREL, 2003), o que chegou ao ponto de inviabilizar a sua sustentação (SCOREL, 1999, SCOREL; BLOCH, 2005). Não obstante, como a situação financeira do sistema de previdência social piorava, o Presidente da República autorizou um estudo para uma ampla reforma do sistema de saúde. Em 1982, um conselho consultivo nacional propôs um plano que combinava racionalização e medidas eficientes¹⁷. O programa, conhecido como Plano CONASP, inspirado no nome do conselho que o propôs, buscou melhor articulação entre setores de saúde federais, estaduais e municipais, seguindo linhas de ação pioneiras do Programa PIASS (RODRIGUEZ NETO; TEMPORÃO; SCOREL, 2003).

Um ano depois, um líder do movimento sanitário, Eleutério Rodriguez Neto, foi nomeado coordenador de Planejamento e Estudos da Secretaria de Serviços Médicos do Ministério da Previdência e Assistência Social. Foi uma das primeiras indicações de um médico sanitário de alto nível para uma posição estratégica na administração dos serviços de saúde da previdência social (RODRIGUEZ NETO; TEMPORÃO; SCOREL, 2003). Rodriguez Neto usou o plano CONASP como um veículo para aprofundar a reforma dos serviços de saúde. Baseado nessa proposta, ele impulsionou uma reorganização com fortes componentes descentralizadores dos serviços de saúde pública e de saúde da previdência social. O programa reformista chamava-se Ações Integradas de Saúde, AIS.

Para neutralizar a oposição em nível federal, Rodríguez Neto engajou as secretarias estaduais de saúde. Em suas próprias palavras, ele procurou promover pressões “de baixo para cima” (RODRIGUEZ NETO; TEMPORÃO; SCOREL, 2003, p.47) – embora, paradoxalmente, estando em cima. Graças à abertura política anterior, iniciada nos níveis municipal e estadual de gestão, a estratégia de Rodriguez Neto funcionou:

¹⁷ O conselho consultivo nacional era chamado de Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária, CONASP.

A maior legitimidade e autonomia dos governos eleitos em 1982, e no poder desde maio de 1983, especialmente nos estados onde a oposição ganhou, deu (à reforma) uma capacidade de pressão tão forte que foi possível aprovar os convênios das Ações Integradas de Saúde em ‘cadeia’. Começando por São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, em maio de 1984 todos os estados tinham aprovado, e era oficialmente reconhecido que as AIS constituíam-se como uma estratégia federal de reestruturação da política nacional de saúde. (RODRIGUEZ NETO; TEMPORÃO; ESCOREL, 2003, p.47).

O Programa AIS provou ser muito efetivo. Ele integrou os serviços de saúde do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação e Cultura, e coordenou os diferentes níveis de governo em uma administração descentralizada (TANAKA et al., 1992). Como recorda José da Silva Guedes, ex-secretário de saúde da cidade de São Paulo,

As AIS representavam um aumento de 30% do orçamento da secretaria. Não era destinado para pagar salários, débitos ou novas construções. Pelo contrário, era planejado para melhorar e expandir o sistema (de saúde). Na cidade de São Paulo, por exemplo, elas permitiram a criação de um terceiro turno de trabalho em todas as unidades sanitárias e a presença de médicos generalistas em todas elas. (CONASS, 2007, p.53).

Rodriguez Neto foi demitido do cargo em 1984, mas sua demissão não afetou o processo de descentralização que já estava em andamento. Como ele disse em 1984 “as AIS são irreversíveis” (RODRIGUEZ NETO; TEMPORÃO; ESCOREL, 2003, p.48, tradução do autor).

Depois de 1985, durante o governo civil de José Sarney (1985-1990), o movimento reformista ocupou mais postos na burocracia federal e buscou implementar reformas que promovessem a equidade (WEYLAND, 1996). A principal oposição às reformas veio do setor privado. Enquanto isso, os sanitaristas propunham uma reforma ainda mais profunda: o Programa dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, norteado pelos princípios de cobertura universal, igualdade de atenção, descentralização, regionalização, articulação entre os níveis de governo, e participação comunitária. Esse programa transferiria autoridade, recursos e funcionários da burocracia da previdência social para as secretarias estaduais e municipais de saúde. Os atores estaduais e municipais poderiam ser os principais gerentes do sistema de saúde. O Programa foi um importante antecedente para a implementação do Sistema Único de Saúde, SUS, que veio a integrar totalmente o setor de saúde pública no Brasil (CORDEIRO, 2001).

A proposta de se criar um Sistema Único de Saúde foi esboçada na oitava Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília em março de 1986. A conferência foi descrita pelo presidente José Sarney como a assembleia pré-constituente do setor de saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986b). Mais de quatro mil pessoas dela participaram, entre eles mil delegados que eram igualmente divididos entre representantes do governo e da sociedade civil¹⁸. Entre os delegados do governo, 50% eram de âmbito federal, 22% estadual, 18% municipal e 10% do Congresso. Dentre os quinhentos delegados da sociedade civil, 15% representavam o setor privado, 20% pertenciam a entidades de profissionais de saúde, 30% representavam grupos e trabalhadores urbanos e rurais, 10% pertenciam a associações de moradores, 20% representavam grupos comunitários, e 5% eram de partidos políticos (SCOREL; BLOCH, 2005). Entre os participantes não-delegados estavam autoridades federais, estaduais e municipais, profissionais de saúde e acadêmicos. Profissionais de medicina, autoridades locais de saúde e especialistas de saúde de esquerda representavam o movimento sanitário. A conferência foi organizada em 135 grupos de trabalho, 37 deles formados por delegados e o restante pelos demais participantes (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986b). Os grupos de trabalho discutiram três questões: (1) saúde como um direito, (2) a reformulação do sistema nacional de saúde, e (3) o financiamento do setor de saúde.

Enquanto a conferência era realizada, o movimento sanitário usava sua posição para forjar redes de contato nas localidades e para posicionar-se como uma voz de alta credibilidade na reforma da saúde. Não foi surpreendente que o relatório final da conferência expressasse as visões do movimento reformista em cada questão. A saúde foi concebida como um direito a ser garantido pelo Estado-nação. O sistema de saúde tinha de ser público, livre, integrado e descentralizado. Conselhos de saúde municipais e estaduais tinham de ser criados para facilitar a participação dos cidadãos e a implementação e controle dos programas de saúde. O movimento demandava o fortalecimento fiscal dos estados e municípios, e a descentralização dos serviços de saúde tinha como objetivo atingir aos municípios (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986b)¹⁹. Esse foi o modelo que a reforma na saúde no Brasil seguiu de 1988 em diante.

Essas redes sociais e expertise significaram que o movimento sanitário emergiu como uma voz forte que apresentou uma proposta bem estruturada de reforma do setor de saúde ao congresso constitucional de 1988 – possivelmente o

¹⁸ Para fins comparativos, é válido notar que a quinta Conferência Nacional de Saúde de 1975 contou com 217 delegados e 77 participantes e a sexta Conferência tinha 405 delegados e 29 observadores (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1975).

¹⁹ De acordo com os anais da conferência, somente um único prefeito, Ubaldo Dantas, de Itabuna, Bahia, expressou várias ressalvas sobre a proposta de municipalização. Ele considerou a municipalização uma possível ameaça a integração do sistema de saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986a).

setor melhor organizado (RODRIGUEZ NETO; TEMPORÃO; ESCOREL, 2003). A demanda do movimento por cobertura universal foi adotada na Constituição com a criação do Sistema Único de Saúde. Já a proposta de um sistema totalmente público de saúde não teve sucesso devido à pressão do setor privado prestador de serviços. Assim, tanto provedores privados como públicos foram admitidos pela Constituição. Logo depois do processo constituinte foi criado o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, CONASEMS. Coordenando ações de gestores municipais, esse novo conselho de autoridades municipais de saúde trabalhou articulado ao pré-existente conselho de gestores estaduais de saúde; juntos eles desempenharam um importante papel nas negociações sobre a regulação e implementação do Sistema Único de Saúde. Também impulsionado por essa reforma, o processo de descentralização dos serviços de saúde foi levado a efeito, tanto que em 2000, 99% dos municípios eram responsáveis pela provisão de atenção básica de saúde no Brasil.

Conclusão

Esse capítulo explica as extraordinárias transformações que tornaram o sistema de saúde brasileiro centralizado e de acesso restritivo a serviços em um sistema descentralizado e de acesso universal. Essa mudança não ocorreu, como é comumente suposto, apressadamente, no momento da transição democrática no Brasil, mas desdobrou-se gradualmente e sob o mando do (aliás, dentro da própria estrutura por ele instituída) regime militar das décadas de 1970 e 1980. A análise aqui realizada põe em questão avaliações sobre essa mudança institucional que focalizam diretamente nas conjunturas críticas²⁰, bem como as análises sobre a imobilidade institucional que enfatizam seus os efeitos inalteráveis²¹. O estudo da reforma dos serviços de saúde no Brasil mostra a existência de três componentes fundamentais e necessários para garantir mudanças institucionais: atores subversivos, infiltração e expansão.

Um grupo subversivo de profissionais de saúde bem organizado foi essencial para levar adiante a mudança institucional. Enfrentando o contexto nacional dos governos autoritários da época que se constituíam como capazes de exercer forte poder de veto, os reformadores de esquerda foram, contudo, capazes de se infiltrar no aparato burocrático que tinha sido estabelecido pelos militares, e usaram essa estrutura como uma plataforma para introduzir mais mudanças repentinas na periferia, o que impulsionou o sistema em direções condizentes com suas ideologias

²⁰ Confira Capoccia e Keleman (2007) e Falletti e Lynch (2009).

²¹ Confira Thelen (2003) e Streeck e Thelen (2005).

e objetivos. Mesmo se eles caracterizassem o Estado como capitalista, burguês ou como um aparato autoritário, os sanitaristas desenvolveram uma estratégia de mudança por dentro das instituições públicas de saúde, ao invés de defender mudanças de fora do sistema, como outros movimentos de esquerda o fizeram (WEYLAND, 1995; RODRIGUEZ NETO, 1997, p.63). Para o movimento sanitário, a infiltração era uma forma efetiva de se tirar vantagem de pequenas aberturas. Essas pequenas aberturas surgiram, primeiro, em âmbito local, onde os partidos de oposição ao regime passavam a controlar posições políticas decisivas nas prefeituras, e depois tanto na periferia territorial do país como na periferia funcional do sistema de saúde, onde os detentores de poder não investiam e onde os atores locais podiam operar para além da vigilância militar.

De fato, é difícil determinar em que medida os detentores do poder se deram conta do processo de infiltração que estava em andamento e se tentaram ou se preocuparam em revertê-lo. Parece que os militares permitiram o processo de infiltração de reformistas no setor de saúde da mesma forma que o fizeram no setor de tecnologia no Brasil²². Os programas de saúde preventiva dos reformistas, implementados no Nordeste, apresentaram-se como uma solução barata para problemas de saúde nacionais. Além disso, ao colocarem a administração de parte do sistema de saúde (FUNRURAL) para as mãos dos opositores (CONTAG), os militares também tentaram cooptar e acalmar descontentes sociais.

A intenção dos militares em penetrar a sociedade e estender o alcance do Estado para territórios localizados na periferia territorial do País é particularmente importante para o processo de transformação do Estado e da sociedade durante o período autoritário. Como outros regimes autoritários de direita (Bismarck na Alemanha, por exemplo), os militares brasileiros avançaram em reformas sociais “progressistas” como forma de cooptar e controlar a população e evitar radicalização. O movimento sanitário percebeu as oportunidades abertas e reorientou as reformas em direção a novos objetivos.

As instituições federais brasileiras colaboraram para a infiltração do movimento sanitário de várias formas inter-relacionadas. Primeiro, o federalismo tornou os cargos municipais e estaduais na área da saúde disponíveis aos membros do movimento reformista, facilitando a reforma do Estado de baixo para cima. Segundo, e similarmente ao caso canadense discutido em Hacker (1998), o federalismo criou oportunidades para que os partidos políticos simpáticos à reforma dos serviços de saúde ganhassem poder em âmbito municipal e estadual. Governadores e prefeitos então se tornaram aliados políticos potenciais do movimento reformista nas negociações com a burocracia de federal, deputados

²² Confira Adler (1986).

federais, senadores e militares. Terceiro, o federalismo permitiu a implementação de programas inovadores politicamente distintos e territorialmente circunscritos a regiões e municípios delimitados. Mudanças na periferia não criavam ameaças sérias na visão dos dirigentes militares e dos provedores de saúde privados, cujos interesses concentravam-se nos hospitais das regiões Meridionais do País, que se constituía como o coração econômico do sistema de saúde. Finalmente, durante os períodos militar e democrático no Brasil, transferências federais a estaduais e municipais eram orientadas (ao menos em parte) por um critério de igualdade fiscal entre as unidades subnacionais²³. Como na análise de Hacker (1998) sobre o Canadá, essa característica do federalismo brasileiro permitiu que as unidades subnacionais mais pobres desempenhassem papel de liderança nas reformas de saúde, um papel que seus recursos fiscais limitados poderiam ter de outro modo eliminado.

Expansão era o último elemento crucial para alcançar a universalização e a municipalização. Mudanças institucionalizadas em uma área de cuidados de saúde estimularam mudanças em outras áreas, tanto territoriais como funcionais. Em termos territoriais, os programas reformistas ampliaram-se do nível local para os níveis regionais e nacionais. As reformas na saúde pública foram adotadas inicialmente em alguns municípios (Niterói, Montes Claros, Londrina, etc.) e implementadas posteriormente em estados do Nordeste e em Minas Gerais. Esses programas e experiências reformistas, por sua vez, inspiraram programas nacionais de reforma, como as Ações Integradas de Saúde (AIS). Funcionalmente, mudanças em uma área do sistema de saúde estimulavam mudanças em outras áreas relacionadas, como no caso da expansão das AIS, coordenada pelos Ministérios de Saúde e Educação para o Sistema Único de Saúde, integrando todo o sistema de saúde.

Nessa interpretação da evolução do setor de saúde no Brasil, “questões de escolha”, ‘momentos de ramificação’ ou ‘conjunturas críticas’ têm pequena (se tiverem) relevância na narrativa causal. Embora mudanças radicais no setor de saúde estivessem inscritas na Constituição de 1988, elas só redundaram em mudanças porque foram infiltradas abaixo da superfície e cultivadas em âmbito local por mais de uma década. No período da Constituinte, os sanitaristas já haviam estabelecido as redes e a expertise necessárias para colocá-los em posição de exercer forte influência, na forma como a legislação da área e a institucionalização das práticas foram politicamente viabilizadas.

Por fim, vale a pena relembrar os resultados políticos concretos das reformas institucionais aqui analisadas. A expectativa de vida dos brasileiros subiu de 67 para 72 anos entre 1991 e 2005; a mortalidade infantil diminuiu de 32 para 22 mortes por

²³ Durante o período militar, essa estratégia era seguida por razões de segurança nacional (STEPAN, 1971) e também para construir apoio político para o partido oficial Aliança Renovadora Nacional (ARENA) nas regiões Norte e Nordeste, que eram baluartes históricos de conservadorismo político.

mil crianças entre 1997 e 2004; e o número de profissionais de saúde cresceu de 1,1 para 1,4 por mil pessoas entre 1990 e 2005 (BRASIL, 2006). Pesquisas de opinião pública conduzidas em grandes cidades como São Paulo e Salvador mostram que 40% da população – aquelas que contam muito com o setor público de serviços de saúde – tem opinião positiva sobre o sistema público de saúde corrente²⁴. Embora o tamanho continental do Brasil e as imensas desigualdades regionais e sociais deixem as estatísticas baseadas em médias nacionais muito a desejar, como McGuire (2010) argumentou em um estudo transnacional sobre reformas políticas e seus impactos nos indicadores de saúde, graças à reforma da saúde que “[...] revolucionou políticas sociais em favor do pobre [...] o Brasil tem uma das políticas sociais pró-pobres mais bem projetadas, abrangentes e inovadoras na América Latina”. É, sem dúvida, muito provável que a cobertura universal e a descentralização que é financiada com transferências federais garantidas – e que promovam participação de usuários em conselhos de saúde – sejam amplamente responsáveis pela melhoria dos resultados em saúde no Brasil. A evolução das reformas em saúde no Brasil mostra que é possível libertar-se, de maneira gradual e incremental, de pré-condições institucionais históricas que impossibilitam a universalização da saúde. Elas também indicam que evoluções institucionais como essa levam a melhores e mais significantes resultados na saúde pública.

INFILTRATING THE STATE: THE EVOLUTION OF HEALTH CARE REFORMS IN BRAZIL, 1964-1988

ABSTRACT: *The article analyzes the institutional evolution of the health system that resulted in the universalization of coverage and municipalization in the provision of health services in Brazil. I argue that the process of transformation of the relationship between state and society in the context of the authoritarian State facilitated the infiltration of social reformers in the bureaucracy. These activists reoriented the authoritarian health policy by establishing new goals. In considering this case of institutional change, the paper uses a gradualist perspective to understand the institutional developments and alert the specialists of the subject about the inadequacy of the explanations that focus on prioritizing critical junctures or predetermined effects to explain the changes or institutional inertia.*

KEYWORDS: *Health care reform. Municipalization. Sanitation movement. Institutional change. Federalism Brazil.*

²⁴ Ver os dados da opinião pública em Figueiredo et al. (2005, p.135; 2007, p.72).

Agradecimentos

Devo agradecimentos a Jennifer Amyx, Marta Arretche, Marie Gottschalk, Desmond King, Ian Lustick, Julia Lynch, James Mahoney, Quinton Mayne, Paul Puerson, Jonas Pontusson, Celina Souza, Kathleen Thelen, Luis Enrique Urtubey De Césarís, Kur Weyland, e aos participantes da conferência “Explicando Mudanças Institucionais: Ambiguidade, Angênciã e Poder no Institucionalismo Histórico” (Universidade de Northwestern, 26-27 de Outubro de 2007), da oficina de Políticas Comparativas na Universidade da Pensilvânia (31 de Janeiro de 2008) e do Seminário de Pesquisa em Políticas Comparativas de Princeton (29 de Abril de 2008), pelos seus comentários úteis. Também agradeço ao Fundo de Pesquisa da Universidade da Pensilvânia e ao Centro Christopher Browne de Políticas Internacionais da Universidade da Pensilvânia pelo generoso apoio financeiro dado a essa pesquisa.

Referências

ADLER, E. Ideological ‘guerrillas’ and the quest for technological autonomy: Brazil’s domestic computer industry. **International Organization**, Cambridge, v.40, n.3, p.63-705, 1986.

ARRETCHE, M. Toward a unified and more equitable system: health reform in Brazil. In: KAUFMAN, R. R.; NELSON, J. M. (Ed.). **Crucial needs, weak incentives: social sector reform, democratization, and globalization in Latin America**. Washington: Woodrow Wilson Center Press; 2004. p.155-188.

CAPOCCIA, G.; KELEMAN, D. The study of critical junctures: theory, narrative and counterfactuals in historical institutionalism. **World Politics**, Princeton, v.59, n.3, p.341-369, Apr. 2007.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE [CEBES]. A questão democrática na área da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.9, p.11-13, 1980.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Anais...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986a.

_____. **Relatório final...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986b.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5, 1975, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 1975.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 3, 1963, Niterói. **Anais...** Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1963.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE [CONASS]. **CONASS 25 anos**. Brasília: CONASS, 2007.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.319-328, 2001.

DRAIBE, S. M. As políticas sociais do regime militar brasileiro: 1964-84. In: SOARES, G. A. D.; D'ARAUJO, M. C. (Ed.). **21 anos de regime militar: balanços e perspectivas**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1994. p.271-309.

ERICKSON, K. P. **The Brazilian corporative state and working-class politics**. Berkeley: University of California Press, 1977.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

ESCOREL, S.; BLOCH, R. A. de. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Ed.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p.83-119.

FALLETI, T. G. S'emparer du pouvoir ou créer du pouvoir? les héritages des régimes militaires dans la décentralisation em Argentine et au Brésil. **Critique Internationale**, Paris, n.35, p.101-117, avril/juin. 2007.

FALLETI, T. G.; LYNCH, J. Context and causal mechanisms in political analysis. **Comparative Political Studies**, Beverly Hills, v.42, n.9, p.1143-1166, Set. 2009.

FIGUEIREDO, A. M. C. et al. **Projeto radar das condições de vida e das políticas sociais**. Fase II. São Paulo: CEBRAP, 2007.

_____. et al. **Projeto BRA/04.052: rede de pesquisa e desenvolvimento de políticas públicas REDE-IPEA II**. São Paulo: CEBRAP, 2005.

FLYNN, P. **Brazil: a political analysis**. London: Ernest Benn, 1978.

HACKER, J. S. The historical logic of national health insurance: structure and sequence in the development of British, Canadian, and U.S. Medical Policy. **Studies in American Political Development**, Cambridge, v.12, n.1, p.57-130, 1998.

HOUTZAGER, P. P.; KURTZ, M. J. The institutional roots of popular mobilization: state transformation and rural politics in Brazil and Chile, 1960-1995. **Comparative Studies in Society and History**, Cambridge, v.42, n.2, p.394-424, 2000.

KAUFMAN, R. R.; NELSON, J. M. (Ed.). **Crucial needs, weak incentives:** social sector reform, democratization, and globalization in Latin America. Washington: Woodrow Wilson Center Press Baltimore, 2004.

LEAL, V. N. **Coronelismo, enxada e voto:** o município e o regime representativo no Brasil. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1997.

LEWIS, M.; MÉDICI, A. Health care reform in Brazil: phasing change. In: CRUZ-SACO, M. A.; MESA-LAGO, C. (Ed.). **Do options exist?:** the reforms of pension and health care systems in Latin America. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1998. p.267-289.

LOBATO, L.; BURLANDY, L. The context and process of health care reform in Brazil. In: FLEURY, S.; BELMARTINO, S.; BARIS, E. (Ed.). **Reshaping health care in Latin America:** a comparative analysis of health care reform in Argentina, Brazil, and México. Ottawa: International Development Research Center, 2000. p.79-102.

LUNA, F. V.; KLEIN, H. S. **Brazil since 1980.** New York: Cambridge University Press, 2006.

MALLOY, J. M. **The politics of social security in Brazil.** Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1979.

_____. Authoritarianism and the Extension of Social Security Protection to the Rural Sector in Brazil. **Luso-Brazilian Review**, Madison, v.14, n.2, p.195-210, 1977.

McGUIRE, J. W. **Wealth, health, and democracy in East Asia and Latin America.** New York: Cambridge University Press, 2010. In press.

BRASIL. Ministério da Saúde. **IDB 2006 Brasil:** indicadores e dados básicos para a saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MORAES, C. Peasant leagues in Brazil. In: STAVENHAGEN, R. (Ed.). **Agrarian problems and peasant movements in Latin América.** New York: Anchor Books, 1970. p.453-501

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

PAIVA, C. H. A. Samuel Pessoa: uma trajetória científica no contexto do sanitarismo campanhista e desenvolvimentista no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.795-831, out./set. 2006.

RODRIGUEZ NETO, E.; TEMPORÃO, J. G.; ESCOREL, S. (Org.). **Saúde:** promessa e limites da constituição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

RODRIGUEZ NETO, E. A Via do Parlamento. In: FLEURY, S. (Ed.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997. p.63-91.

SAMUELS, D.; ABRUCIO, F. L. Federalism and democratic transitions: the “new” politics of the governors in Brazil. **Publius: the journal of federalism**, Oxford, v.30, n.2, p.43-61. 2000.

SCHMITTER, P. C. **Interest conflict and political change in Brazil**. Stanford: Stanford University Press, 1971.

SOUZA, J. A. H. de. O modelo PIASS, sua programação e sua evolução para o programa nacional de serviços básicos de saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7, Brasília. **Anais...** Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde., 1980. p.77-100.

STEPAN, A. C. **The military in politics: changing patterns in Brazil**. Princeton: Princeton University Press, 1971.

STREECK, W.; THELEN, K. (Ed.). **Beyond continuity: institutional change in advanced political economies**. Oxford: Oxford University Press, 2005.

SUGIYAMA, N. B. Theories of policy diffusion: social sector reform in Brazil. **Comparative Political Studies**, Beverly Hills, v.41, n.2, p.193-216, 2008.

TANAKA, O. Y. et al. Gerenciamento do setor saúde na década de 80, no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.26, n.3, p.185-194, 1992.

TENDLER, J. **Good government in the tropics**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1997.

THELEN, K. How institutions evolve: insights from comparative historical analysis. In: MAHONEY, J.; RUESCHEMEYER, D. (Ed.). **Comparative historical analysis in the social sciences**. Cambridge: Cambridge University Press, 2003. p.305-336.

WEYLAND, K. **Bounded rationality and policy diffusion: social sector reform in Latin America**. Princeton: Princeton University Press, 2007.

_____. **Democracy without equity: failures of reform in Brazil**. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1996.

_____. Social movements and the State: the politics of health reform in Brazil. **World Development**, Oxford, v.23, n.10, p.1699-1712, 1995.

Recebido em março de 2010

Aprovado em junho de 2010