

A RELAÇÃO SAÚDE E ECONOMIA NO SISTEMA CAPITALISTA: análise sobre a relação dialética entre as políticas públicas de saúde com o desenvolvimento econômico do Brasil.

Liliam dos Reis Souza Santos ¹Raíssa Liberal Coutinho²

RESUMO

O texto aborda a relação saúde e economia no Brasil, entre as décadas de 1920 a 1980, averiguando a direção das regulamentações governamentais voltadas à política social de saúde pública neste contexto histórico. Os resultados evidenciaram que as primeiras regulamentações no campo da saúde criaram infraestrutura econômica sanitária frágil, sem a intencionalidade de estruturar um sistema público de saúde como direito social, mas como subsídio ao desenvolvimento econômico. Essa escolha política foi favorável a criação de um segmento privado de saúde, abrindo nichos mercantis, evidenciando outras formas de articulação entre saúde e economia, transformando a assistência à saúde em um meio de acumulação.

Palavras-chave: saúde e capitalismo; saúde e economia; saúde pública.

ABSTRACT

The present text explore the relation between health care and economics on Brazil, between the decades of 1920 to 1980, searching the direction of the governmental regulations directed to the social politic of health at this moment. The results points out that the firsts regulations on health area build up a fragile health economic politics, without the intention of building a public health care system as a social right, but using it for the economics development. This political choice helped the creation of a private health care segment, open up to new spaces on market, showing new ways of dialogue between health care and economics, transforming it in a health care assistance in an accumulation environment.

Keywords: health care and capitalism; health care and economic; public health care.

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho reflete sobre a antagônica e recíproca relação da política de saúde com as demandas econômicas do sistema vigente, dando ênfase a esta imbricação na realidade brasileira entre as décadas de 1920 a 1980 - período que

1 Universidade de Brasília; docente do curso de Serviço Social; liliamsouza@gmail.com

2 Universidade de Brasília; discente do curso de Serviço Social; raissa.lc10@gmail.com

demarca a industrialização brasileira e, atrelado a esse movimento, a estruturação das primeiras políticas sociais -, em busca de identificar se esta política, no período selecionado, foi inclinada mais às demandas econômicas ou às demandas sociais.

Consideramos que a dialética relação saúde-economia se expressa por variados elementos e processos, e que possibilita distintas análises. Contudo, o texto em tela, enfatiza a importância das legislações no campo da saúde como elementos de subsídio às atividades econômicas, particularmente, ao processo de industrialização que se hegemoniza no contexto histórico demarcado. Ademais, procura-se apreender, conjuntamente a essa problemática, se a direção governamental possibilitou o desenvolvimento de um setor mercantil de serviços e equipamentos médicos, configurando e/ou estruturando um segmento privado de saúde e atuando, de tal modo, mas sob o critério econômico.

O texto, inicialmente, apresenta uma reflexão teórica sobre a dialética relação saúde e economia, situando esse debate na particularidade brasileira. E, com base nessa fundamentação, apresenta os dados da pesquisa documental, que fez o levantamento das principais medidas adotadas no campo da saúde no Brasil do século XX, entre as décadas de 1920 a 1980. A partir dos dados foi realizada análise da direção dessas ações indicavam escolha política a favor da estruturação de uma infraestrutura pública de saúde ou criação de rede subsidiária às atividades econômicas e como essas escolhas e direções políticas influenciaram a estruturação da política social pública de saúde na atualidade.

2 A POLÍTICA SOCIAL DE SAÚDE CAPITALISTA: A DIALÉTICA RELAÇÃO SAÚDE E ECONOMIA.

A partir dos escritos de Michel Foucault (1979), percebe-se que o surgimento da medicina e sua estruturação da forma como a conhecemos na atualidade, foi influenciada diretamente pelo capitalismo. O autor afirma que no sistema capitalista três perfis de Medicina estruturaram-se: Medicina de Estado, Medicina Urbana e Medicina Social. Cada um diz respeito a forma de se administrar os cuidados médicos e o seu direcionamento, podendo ter uma tendência mais assistencial,

PROMOÇÃO



APOIO



administrativa ou preventiva, com o objetivo de promover o controle populacional, bem como as demandas assistências no campo da saúde vinda pela classe dominada, a exemplo

da Medicina Social, que desenvolvida em meio a Lei dos Pobres inglesas, promoveu a medicalização da população mais pobre, alvo dessas políticas justamente pela ausência de poder aquisitivo para pagar uma terapia particular. Decorre desse processo, a organização hospitalar que, inicialmente, se dirigia a práticas higienistas e de controle da pobreza.

Em virtude disso, compreende-se a dimensão contraditória da prática médica e da consequente política de saúde que se estrutura nesse processo. Visto que corresponde a necessidade de manter viva a classe operária e garantir sua reprodução, como elemento necessário a hegemonia das relações de produção burguesas. Sua processualidade histórica, contudo, evidencia que as práticas de saúde não abarcam ganhos sociais e, de tal modo, envolvem outras variáveis, tais como meio-ambiente, salário, condições de trabalho, moradia, economia etc. Elementos que, por sua vez, sofrem alterações pela forma social de produção de riquezas que predomina. Fica claro, a partir disso, o quanto a medicina se relaciona com a economia e a sociedade.

A medicina não é alheia a economia, ela é diretamente afetada por ela. Donnangelo (1975), reforça essa premissa, ao tratar da extensão da prática médica ligada ao surgimento dos seguros sociais, indicando que esse processo é uma resposta à dinâmica de acumulação capitalista e subsunção do trabalho ao capital. Ressaltando, contudo, que as práticas de assistência à saúde, se revelaram medidas sociais importantes às demandas sociais, mas que jamais seriam sanadas sem que o principal fator patógeno, relações sociais de produção exploradoras, conforme Berlinguer (1978), fossem superadas.

Com as transformações sociais vivenciadas no século a partir da a revolução russa em 1917, a crise capitalista de 1929, as duas guerras mundiais, o capitalismo reestruturou-se, a partir da agenda macroeconômica Keynesiana associada ao modelo produtivo fordista, consolidando a etapa monopolista do capital e um amplo

PROMOÇÃO



APOIO

PPGPP
30 ANOSJOINPP
20 ANOS

XI Jornada Internacional Políticas Públicas

19 a 22
SET/2023CIDADE UNIVERSITÁRIA
DOM DELGADO
SÃO LUÍS/MA - BRASIL

REIFICAÇÃO CAPITALISTA E EMANCIPAÇÃO HUMANA COMO NECESSIDADE HISTÓRICA Formação da Consciência de Classe na Luta de Hegemonias

CEM ANOS DE HISTÓRIA E CONSCIÊNCIA
DE CLASSE DE LUKÁCS

crescimento econômico, que sob uma perspectiva de conciliação entre classes, deu base para a ampliação de funções sociais do Estado capitalista e a emergência do Welfare State. Nesse cenário, houve a expansão dos gastos sociais, favorecendo o desenvolvimento de sistemas universais de saúde, a partir da ampliação da cidadania e da democracia. Essas atitudes foram benéficas para a classe trabalhadora, mas não romperam com a reprodução ampliada do trabalhador, com a mercantilização da saúde e com o fator patógeno – o capital, ainda que tenham evidenciado avanços progressivos nesse campo, mas que não abarcaram países de economias periféricas. Ademais, houve uma mudança fundamental nas práticas de saúde, passando a priorizar o enfoque biológico, o individual e não social, elementos circunscritos ao modelo unifatorial de saúde, que atrelado ao desenvolvimento tecnológico neste campo, foi um momento propício para a estruturação da indústria de medicamentos e equipamentos médicos. (BRAVO, 2013). Tais elementos evidenciam que a complexa interação saúde e economia foi se reformulando ao longo do tempo e de acordo com avanço das lutas sociais e das demandas de acumulação do capital.

No âmbito dessas disputas e ainda no campo das múltiplas determinações da política social de saúde, emerge também nesse contexto a defesa da saúde como uma das mediações do projeto de superação do sistema capitalista e componente fundamental da construção de um sistema social sem exploração e dominação. Reforçando a necessidade de retirar a saúde das leis do mercado e criar um sistema terapêutico que não se limite ao cuidado individual, mas que leve em consideração todas as configurações econômicas e históricas, que formam um povo, ao agir sobre as doenças. É nesse pano de fundo, que se reconfigura o debate sobre a política social de saúde, enfatizando as determinações essenciais sobre o processo do adoecimento, dando bases para movimentos sociais fundamentais na construção de sistemas universais de saúde, como o movimento de reforma sanitária, que esteve na base de construção do SUS no Brasil.

PROMOÇÃO



APOIO

2.1 Situando a relação saúde e economia no Brasil.

Importa resgatar que a política de saúde no Brasil, esteve por muito tempo a cargo da filantropia e se pautava nas práticas liberais. No contexto da industrialização brasileira, estrutura-se uma frágil política de saúde, decorrente das reivindicações dos trabalhadores e vinculada as ações do seguro social que emerge com as caixas de aposentadoria e pensões no contexto da Reforma Carlos Chagas, em 1923, com público limitado aos trabalhadores inseridos formalmente no mercado de trabalho, atuando na perspectiva de reprodução ampliada da classe trabalhadora e subsidiando o desenvolvimento econômico do país. Esse perfil, embora com significativas alterações no projeto nacional desenvolvimentista que permanece na agenda política da e macroeconômica do Brasil até final de 1980, essencialmente estruturada em dois setores: Saúde Pública e Medicina Previdenciária, com ênfase em campanhas sanitárias e no combate as endemias.

Em consonância a essa estrutura, serviços de saúde privados foram se organizando e montando uma rede privada de atendimento hospitalar, que foi fomentada pela estrutura da medicina previdenciária. Esse movimento mercantil dos serviços de saúde, acentuou-se com a ditadura militar, visto que nesse período, as políticas governamentais, privilegiaram o modelo de gerenciamento da saúde do produtor privado. Portanto, a saúde pública sofreu um declínio, enquanto a medicina previdenciária cresceu, representando a retirada da participação política dos trabalhadores e restringindo sua participação previdenciária ao financiamento. Houve também uma ênfase na prática médica curativa, individual e assistencialista, favorecendo a indústria farmacêutica e capitalizando a medicina. E é sobre essa particularidade que se procura dar visibilidade neste artigo.

Na atualidade, estamos sob a vigência do Direito Social à saúde sob a responsabilidade do Estado e com o princípio universal, viabilizado por meio do Sistema Único de Saúde. Contudo, a construção desse projeto decorre das lutas sociais, com destaque ao movimento de reforma sanitária, contra a versão residual e corporativa do modelo de saúde que o antecede. Embora o SUS seja um fato

histórico marcante, não irrompe com o setor privado de saúde, que se reatualiza a partir da agenda neoliberal. Contudo, as ações e escolhas governamentais que vem enfraquecendo o SUS, não são exclusivas da etapa macroeconômica neoliberal. Elas remontam um histórico mercadológico da saúde no Brasil.

Entender, portanto, o ataque atual aos direitos conquistados pela classe trabalhadora no campo da saúde, carece de análises que evidenciem esses nexos no passado. Foi sob esta perspectiva que a pesquisa realizou o levantamento das principais medidas adotadas no campo da saúde no Brasil do século XX, entre as décadas de 1920 a 1980, apresentado a seguir.

2.2 As principais regulamentações da política de saúde pública no Brasil.

Destaca-se que os dados apresentados neste foram colhidos por pesquisa guiada pelo método crítico dialético e adotou como procedimentos metodológicos, a revisão documental, elegendo as principais regulamentações no campo da política de saúde no Brasil entre as décadas de 1920 até 1980. Diante da complexidade dos dados, optou-se por criar blocos de análise, a saber: 1920 – 1930; 1930-1964 e 1964-1988. Foram escolhidos na exposição da pesquisa, a descrição das legislações e alguns trechos específicos que dialogam com os objetivos do trabalho.

1920 – 1930:

Decreto n. 3.987, de 2 de janeiro de 1920 - Cria Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) reorganizando os serviços de saúde e juntamente com o Decreto nº 15003, de 15 de setembro de 1921 - Conhecido como Reforma Carlos Chagas, regulamenta o Departamento Nacional de Saúde Pública, sendo responsável por cuidar da política sanitária, fiscalização, pesquisa, profilaxia de doenças, assistência a doentes e fornecimento de insumos a nível nacional.

Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923 - Criou as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, conhecida como Lei Elói Chaves. Ela assegura uma caixa de aposentadoria e pensões para os trabalhadores vinculados

às empresas ferroviárias.

1930-1964:

Decreto nº 19.402, de 14 de novembro de 1930 - Cria uma Secretária de Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública – agregando o Departamento de Saúde Pública, o Instituto Osvaldo Cruz, o Museu Nacional e a Assistência Hospitalar. O texto não dispõe das medidas de saúde cabíveis a este ministério, apenas regulamenta a sua inserção nesse Ministério.

Decreto nº 21.081, de 24 de fevereiro de 1932 – Reforma a legislação das CAPS e define no Parágrafo único: “além dos benefícios declarados neste artigo, terão as Caixas serviços médicos, hospitalares e farmacêuticos, enquanto não houver legislação especial relativa a essa forma de assistência social, mas não poderão despende com esses serviços mais da percentagem de 10% sobre a receita anual, apurada no exercício anterior, sujeita a respectiva verba à aprovação do Conselho Nacional do Trabalho”.

Decreto nº 22.872, de 29 de junho de 1933 - Cria o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos, regula o seu funcionamento e dá outras providências. Este documento trazia a responsabilidade do Estado na participação da gestão do Instituto e ampliavam a forma de organização do seguro social, abarcando agora categorias profissionais e não apenas empresas específicas. O artigo 46, define os benefícios assegurados aos associados do Instituto, dentre eles consta na alínea c “assistência médica e hospitalar, com internação até trinta dias” no limite de 8% da receita anual do Instituto.

Lei nº 3.750, de 11 de abril de 1960 - Autoriza o Poder Executivo a transformar em Fundação o Serviço Especial de Saúde Pública, e dá outras providências: essa legislação demonstra um avanço importante na dinâmica de organização dos serviços de saúde no Brasil. Entre os seus objetivos, destacamos: a) organizar e operar serviços de saúde pública e assistência médico-hospitalar nas áreas do território nacional onde se desenvolvem ou venham a se desenvolver

PROMOÇÃO



APOIO





programas de valorização econômica, sempre que tais serviços não constem dos programas dos órgãos federais específicos; c) desenvolver um programa de educação sanitária nas localidades onde mantiver unidades sanitárias; d) analisar, do ponto de vista técnico e opinar sobre projetos e orçamentos relativos a serviços de abastecimento d'água, a serem construídos com financiamento do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico, ou Caixas Econômicas Federais, nos termos da legislação em vigor; e) coordenar, organizar e administrar, nos Estados cujos governos o solicitarem, serviços destinados ao desenvolvimento de sua estrutura sanitária básica, inclusive no que se refere à promoção e controle da higiene industrial; l) desenvolver programas em cooperação com os Estados, o Distrito Federal, os Territórios ou os municípios, visando à higienização dos bairros pobres e a solução de problemas de saúde pública.

1964-1988:

Decreto-lei nº 72, de 21 de novembro de 1966 - Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. Destaca-se desta legislação o artigo 6º que define a organização do Instituto Nacional de Previdência Social e cria a Secretaria de Assistência Médico-Social.

Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975 - Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Em seu Art. 1º dispõe que “o complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da saúde, constitui o Sistema Nacional de Saúde, organizado e disciplinado nos termos desta lei, abrangendo as atividades que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde, nos seguintes campos de ação. Dentre as principais ações atribuí ao Ministério da Saúde formular a política nacional de saúde e promover ou executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo.

Lei no 6.439, de 1º de setembro de 1977 - Institui o sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências. No artigo 3º cria o I - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS. E no

PROMOÇÃO



APOIO



capítulo II define as competências do INAMPS, das quais se destaca: I - programas de assistência médica aos trabalhadores urbanos, abrangendo os serviços de natureza clínica, cirúrgica, farmacêutica e odontológica, e assistência complementar, devidos os segurados do atual INPS e respectivos dependentes, na forma do disposto nos itens I e IV do artigo anterior; II - programas de assistência médica aos servidores do Estado, abrangendo os serviços de natureza clínica, cirúrgica, farmacêutica e odontológica, devidos aos funcionários públicos civis da União e de suas autarquias e do Distrito Federal, e respectivos dependentes, na forma do disposto no item II do artigo anterior; III - programas de assistência médica aos rurais, abrangendo os serviços de saúde e a assistência médica devidos, respectivamente, aos trabalhadores e aos empregadores rurais, na forma do disposto no item III do artigo anterior; IV - programas especiais de assistência médica, abrangendo os serviços médicos atualmente mantidos pela Fundação Legião Brasileira de Assistência - LBA e os que forem prestados em determinadas regiões à população carente, seja ou não beneficiária da previdência social, mediante convênios com instituições públicas que assegurem ao INAMPS os necessários recursos.

2.3 Saúde como direito ou subsídio econômico: qual a direção das primeiras regulamentações no Brasil?

No que se refere às regulamentações referentes à política de saúde no Brasil entre os anos de 1920 e 1930, a pesquisa demonstrou que houve iniciativa governamental de criar um serviço de abrangência nacional sobre as demandas de saúde, ou seja, a criação de um serviço de segurança sanitária. Tal processo respondia “as precárias condições sanitárias da cidade do Rio de Janeiro, então capital federal, levaram a uma reforma da estrutura burocrática responsável pela administração dos órgãos de saúde pública” (CABRAL, 2018). E tal serviço não abarcava a assistência à saúde, mas se voltava à uma infraestrutura sanitária, o que pode ser entendido como demanda legítima do campo econômico.

PROMOÇÃO



APOIO



O decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, que criou as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, não trata de seguro saúde, mas é apontada por estudos como os de Santos (1935) como precursora na modalidade de assistência à saúde atrelada ao seguro social, mas não delimitava a quantidade do fundo que poderia ser investido nesse serviço. Essa situação foi revertida pelo Decreto nº 21.081, de 24 de fevereiro de 1932 que reconhece a inclusão de serviços médicos como forma de assistência social e define um percentual de gastos com esse serviço no total de 10% dos recursos das CAPS.

A progressiva unificação das CAPS nos IAPS decorre dos embates e das contradições entre as novas relações produtivas burguesas, dispõem de forma muito precária sobre a assistência médica e hospitalar o que, por sua vez, evidencia, que a assistência à saúde no Brasil decorreu de uma frágil inserção na também política previdenciária que se estabelecia no país a partir de 1920. Com relação a isso, Santos (1935, p. 25) aponta que “a prestação de serviços médicos não era contemplada como uma finalidade expressiva das instituições previdenciárias”, não que isso significasse ausência de demandas por essa política, já que “a pressão sobre os gastos com assistência médica origina-se em áreas que escapam à previdência social, strictu sensu, e a esta não cabe senão reconhecer a impossibilidade das condições sociais brasileiras” (idem).

A direção dessas legislações já indicava, segundo Santos (1935, p. 31) que “ao Estado incumbia zelar por maior ou melhor justiça no processo de acumulação, enquanto às associações privadas competia assegurar os mecanismos compensatórios das desigualdades criadas por esse mesmo processo”. Assim, nos primórdios das regulamentações referentes à política de saúde no Brasil verifica-se que o Estado assume uma dinâmica de infraestrutura sanitária frágil, e que não evidencia o objetivo de assegurar um serviço de assistência à saúde e que diante dessa ausência, serviços de cunho privado vão se inserindo, contudo, na dinâmica do seguro de natureza mercantil, abrindo nichos e outras formas de expressão da relação saúde economia, transformando a assistência à saúde em um meio de acumulação. Cabe ressaltar que as legislações pesquisadas não tratam

PROMOÇÃO



APOIO



especificamente desse processo, o que nos levar a deduzir que essa inserção da assistência à saúde no campo da política previdenciária foi escassa de regulamentação, evidenciando certo descaso no processo de implementação, o que pode ser entendido como um processo de favorecimento às leis do mercado nesse setor. Predominando um perfil compensatório, atendendo as demandas sociais legítimas com relação à saúde de forma privada.

Um importante movimento do Estado, no sentido de organizar e sistematizar a assistência à saúde no Brasil, no contexto da implementação da agenda desenvolvimentista foi a transformação em fundação, em 1960, do Serviço Especial de Saúde Pública que havia sido criado em 1942. Essa mudança amplia a abrangência desse serviço e trazia objetivos claros com relação às demandas econômicas, como o de “organizar e operar serviços de saúde pública e assistência médico-hospitalar nas áreas do território nacional onde se desenvolvem ou venham a se desenvolver programas de valorização econômica”, além de outras medidas de saúde pública, mas vinculados às ações epidemiológicas, à educação sanitária, não tratando de formas e serviços de assistência direta à saúde.

Até 1964, portanto, a pesquisa nas principais normativas da época, indica que havia iniciativas governamentais de manter um serviço nacional de saúde pública, voltado à infraestrutura sanitária, mas não tratava de um sistema de atendimento assistencial em saúde. Paralelo a esse sistema, serviços de saúde atrelados ao seguro social eram ofertados aos beneficiários do sistema previdenciário, contudo, nas legislações pesquisadas poucas medidas regulamentadoras foram, o que indica uma fragilidade nesse campo.

Além do mais, cabe destacar que a direção das regulamentações caminha em sentidos opostos e paralelos: o sistema previdenciário, que colocava a saúde em uma dimensão subalterna e com regulamentação frágil e o sistema público de ações gerais e de infraestrutura sanitária sem abarcar a assistência individual e sem regulamentar a saúde previdenciária, que reforça um perfil de saúde dual, evidenciando por Menicucci (2007).

Com relação às legislações entre os anos de 1964-1988, correspondente ao

PROMOÇÃO



APOIO



PPGPP
30 ANOSJOINPP
20 ANOS

XI Jornada Internacional Políticas Públicas

19 a 22
SET/2023CIDADE UNIVERSITÁRIA
DOM DELGADO
SÃO LUÍS/MA - BRASILREIFICAÇÃO CAPITALISTA E EMANCIPAÇÃO
HUMANA COMO NECESSIDADE HISTÓRICA
Formação da Consciência de
Classe na Luta de HegemoniasCEM ANOS DE HISTÓRIA E CONSCIÊNCIA
DE CLASSE DE LUKÁCS

governo ditatorial civil militar, a pesquisa identificou que no processo de unificação dos serviços previdenciários, se fez referência aos serviços de saúde, o que demonstra esforço de regulamentação mais qualificado desse serviço, ou até mesmo o seu reconhecimento institucional, ao vincular a Secretaria de Assistência Médico-Social ao Instituto Nacional de Previdência Social. Entende-se, contudo, que esta medida não se trata de uma inovação nesse campo, mas de uma reconhecimento legal da prática assistência à saúde atrelada ao sistema previdenciário.

O movimento de manter um serviço de infraestrutura de saúde público permanece nesse bloco de poder, como podemos verificar com a Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975 que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Este sistema proposto, embora aborde “atividades que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde, nos seguintes campos de ação” e defina como uma das suas ações “promover ou executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo”, não faz referência a prestação de serviços de assistência médica, e nem se encontra referência explícita ao desenvolvimento econômico.

Dois anos após essa legislação referente ao sistema nacional de saúde, foi promulgada a lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977, que em seu artigo 3º cria o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS. Atribuindo a este “programas de assistência médica aos trabalhadores urbanos, abrangendo os serviços de natureza clínica, cirúrgica, farmacêutica e odontológica, e assistência complementar, devidos os segurados do atual INPS e respectivos dependentes”, bem como programas de assistência médica aos servidores do Estado, [...] aos funcionários públicos civis da União e de suas autarquias e do Distrito Federal, e respectivos dependentes” e incluindo “trabalhadores e aos empregadores rurais”. Tal movimento, avança no sentido de promover assistência individual de saúde, mas atrelada ao sistema previdenciário.

Ainda que tenha sido pioneira no sentido de implementar ações de assistência médica a população em geral, mesmo às categorias que não eram

PROMOÇÃO



APOIO



abrangidas pela legislação previdenciária, além dos trabalhadores rurais, essa legislação se deu dissociada do sistema nacional de saúde, não sendo, portanto, uma estratégia de fortalecimento da agenda da saúde pública.

Ao ser assegurada por meio de uma legislação vinculada a previdência social, verifica-se que essas ações se voltavam às práticas de assistência à saúde pela lógica do seguro e dissociada dos sistemas de saúde regidos por princípios de cidadania. Não houve, portanto, uma escolha política em vista de fortalecer uma rede pública de saúde, mas uma escolha política a favor do formato privado de assistência à saúde. Ou seja, as ações de assistência médica destinadas a população em geral poderiam compor o sistema nacional de saúde, mas optou-se por vincular esses serviços de saúde pelo sistema privado que compunha o setor previdenciário.

Concluimos, portanto, com a análise das legislações referentes à saúde entre os anos de 1920 e 1980, foi fundamental às exigências de infraestrutura econômica em vista de assegurar uma segurança sanitária para dar suporte ao desenvolvimento econômico da nação. Em razão disso, a estruturação de um serviço de assistência à saúde não se tornou uma prioridade governamental no Brasil.

O desprezo por essas ações, contudo, não eliminava a demanda por elas, assim, no vácuo da ação estatal estruturou-se uma rede de serviços privados, vinculados ao sistema previdenciário, que por muito tempo ficou sem a regulamentação adequada. Evidenciamos, portanto, que além de responder as demandas econômicas, e sendo de tal modo, essencial para o desenvolvimento econômico do Brasil, a política adotada no período demarcado, abriu precedentes para novas formas de fomentação econômica, criando um mercado de assistência à saúde privado decorrentes da ausência estatal. Essa situação, foi institucionalizada na ditadura militar quando se opta pela ampliação desse serviço por meio da oferta de serviços médicos pelo sistema previdenciário, mesmo existindo um sistema nacional de saúde pública.

Assim, conclui-se que, dentro das particularidades de um país com

PROMOÇÃO**APOIO**

capitalismo dependente, a política de saúde se configurou mais como um suporte econômico, atuando na reprodução ampliada de segmentos da classe trabalhadora inseridos formalmente no mercado de trabalho, e não guiada pelo princípio de que a saúde é um direito de todos, por meio de um sistema eficiente de saúde pública.

Foram as lutas sociais que modificaram esse cenário e expandiram as estruturas contraditórias dessa política e em um contexto político favorável de redemocratização foi possível assegurar a assistência à saúde como um direito social a ser assegurado pelo Estado. Contudo, isso não irrompe com a reprodução ampliada da força de trabalho, mas alcança outros segmentos de classe e não supera o fator patógeno principal, o capital, mas seguramente, qualifica o direito social à saúde das classes subalternas, sendo uma vitória social, ainda que limitada. Mas, sem irromper com a lógica e o setor privado que foi construído nesse espaço temporal e por meio dessas escolhas políticas, manter o projeto de saúde público concretizado no SUS, tem sido um grande desafio às lutas sociais progressistas.

3 CONCLUSÃO

A relação saúde economia na particularidade brasileira foi a temática central deste texto. Sua abordagem se fundamentou em revisão bibliográfica sobre o tema e pesquisa documental das principais regulamentações governamentais do Estado brasileiro no campo da política de saúde pública entre as décadas de 1920 a 1980.

A opção por demarcar esse espaço temporal da pesquisa decorreu da perspectiva de analisar a estruturação histórica da política social de saúde, cujos marcos institucionais remontam a década de 1920, bem como a direção da escolha governamental na institucionalização dela até a década de 1980, quando as lutas sociais se fortalecem e a saúde será reconhecida como direito social, posteriormente, regulamentada e implementada de forma universal com o SUS.

Os resultados da pesquisa demonstram que a relação saúde e economia predominou na agenda pública, corroborando um perfil de política social subsidiária ao desenvolvimento econômico, limitando a assistência à saúde aos inseridos formalmente no mercado de trabalho por meio da medicina previdência, do seguro social e atrelado a um segmento de serviços privados. Escolhas e direções que revelam o desprezo, do bloco de poder que exercia hegemonia no Estado brasileiro, por políticas sociais públicas e universais.

O avanço no reconhecimento da saúde como direito social universal decorre das lutas sociais que, opondo-se a agenda privatista e economicista da saúde, vem resistindo na busca de assegurar um sistema universal de saúde como política pública. O legado do SUS, vale pontuar, favorece não apenas uma sociedade socialmente mais justa, atende também as demandas econômicas.

REFERÊNCIAS

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. Saúde Previdência. CEBES-HUCITEC. São Paulo. 1981.

BERLINGUER. G. Medicina e Política. In: Coleção Saúde em Debate. CEBES HUCITEC. São Paulo. 1978

DONNANGELO. M. C. Medicina e Sociedade. Livraria Pioneira Editora. São Paulo. 1975

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979: O nascimento da medicina social; O nascimento do hospital; A política da saúde no século XVIII.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F.. (Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil. 2ª ed. Petrópolis, Vozes. ABRASCO. Rio de Janeiro. 1989.

PAIM. J. Saúde, Crise e Reformas. Universidade Federal da Bahia. Salvador. 1986.

PROMOÇÃO



APOIO

PPGPP
30 ANOS

JOINPP
20 ANOS

XI Jornada Internacional Políticas Públicas

19 a 22
SET/2023

CIDADE UNIVERSITÁRIA
DOM DELGADO
SÃO LUÍS/MA - BRASIL

REIFICAÇÃO CAPITALISTA E EMANCIPAÇÃO
HUMANA COMO NECESSIDADE HISTÓRICA
Formação da Consciência de
Classe na Luta de Hegemonias

CEM ANOS DE HISTÓRIA E CONSCIÊNCIA
DE CLASSE DE LUKÁCS



BRASIL, Decreto nº 15.003, de 15 de setembro de 1921, regulamenta serviços a cargo do Departamento Nacional de Saúde Pública e das outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1921.

BRASIL, Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, regula as Caixas de Aposentadorias e Pensões nas empresas de ferroviárias. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1923.

BRASIL, Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1960.

PROMOÇÃO



APOIO

