

A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: UM BREVE RESGATE HISTÓRICO [1500-1990] SUS E COVID-19 NO BRASIL

Objetivo do material. Trazer para debate como deu-se a construção da saúde pública no Brasil na retrospectiva de resgate histórico, trazendo linhas históricas, sociais e políticas, com acúmulo cultural das entranhas brasileiras no período entre os séculos XVI e XX que moldaram os caminhos que culminaram na criação do nosso Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988*.

Saiba mais:

Cartilha livro: <http://www.denem.org.br/cartilhalivrosus>

Vídeos no YouTube ([youtube.com/denembr](https://www.youtube.com/denembr)):

- 1. Contextualização Histórica: criação do SUS:

<https://youtu.be/vhC9mWuGGJk>

- 2. Falta dinheiro para o SUS? Desmonte; (Des)Financiamento; Austeridade:

<https://youtu.be/TBMa-NTylz0>

- 3. Privatização: por dentro e por fora:

<https://youtu.be/NbqS9BOMkRg>

Autoras: Beatriz Angélica (ARRH/AssPlan/CR SUL 2) e Victória Taveira (CREx) -
Grupo de Trabalho SUS e COVID-19

GESTÃO DENEM 2020

Considerações:

O filósofo Karl Marx (século XIX) quando introduz o pensamento *“Um povo que não conhece a sua História está condenado a repeti-la”* contextualiza a ideia e corrobora com o objetivo deste material desenvolvido no caráter de memória e de acúmulo histórico-cultural. Pois, apenas conhecendo a nossa História, podemos compreender a essência da verdadeira - e atual - frágil - democracia.

Em contrapartida, se não conhecermos a História (*até onde há registros*) da gênese que sustenta, até hoje, o genocídio dos povos indígenas e as conseqüentes reivindicações por saúde pública no Brasil conforme as cidades e populações foram se desenvolvendo, estaremos condenados a perpetuarmos resquícios acrícos de vícios errôneos históricos, sem valorizar a importância do SUS e da formação da população brasileira. Desse modo, a saúde coletiva é construída com criticidade nos erros e nos acertos, sejam das conquistas ou dos fatos, estes relatados e vividos ao longo dos séculos no país, com grandes marcos democráticos à saúde brasileira nas últimas décadas.

Nessa perspectiva, se apresenta necessário compreender o debate estudantil e nacional. Além disso, qualificando ideias para pensar em soluções e opiniões que sejam embasadas na História como memória à luta atual nas políticas de saúde nesse cenário nacional que, antes já instável, se agrava no Brasil quando soma-se a crise sanitária ocasionada pela COVID-19 e a guerra de narrativa bolsonarista privatista e negacionista que fortalece a necropolítica no país.

Nesse contexto, é preciso conhecer nossas origens e as origens do que temos como direitos garantidos para que sejamos coerentes e fortes em nossas lutas estudantis. O cenário atual (2020) - de uma epidemia subnotificada que já sepultou mais de 20.000 pessoas no Brasil - escancara e mobiliza as contradições do capital, além das dívidas históricas de diversas regiões e de povos no território brasileiro. Portanto, mais do que nunca se faz necessário conhecer a própria história para avançar, avaliar e manter conquistas.

A História é necessária em tempos de crise para nos ajudar a trilhar caminhos à luta, construindo uma história com um enredo autêntico e diferente do passado traumático já escrito pelo Brasil.

**Por que a DENEM é de quê? É de LUTA!
BOA LEITURA!**

LINHA DO TEMPO DA HISTÓRIA DO SUS:

Contextualização Histórica da Saúde Pública no Brasil: marcos históricos à saúde brasileira

(1500 - 1990)

- 1500: Invasão dos portugueses
- 1543: Criação da primeira Santa Casa em Santos SP
- 1808: Fuga da Família Real Portuguesa ao Brasil, surgem as primeiras faculdades de Medicina
 - 1850 - Criação da Junta Central de Higiene Pública
 - 1897: Criação da Diretoria Geral de Saúde Pública
 - 1920: Criação do Departamento Nacional de Saúde Pública
 - 1923: Lei Eloy Chaves
 - 1930: Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública
 - 1941: Reforma Barros Barreto
 - 1953: Criação do Ministério da Saúde do Brasil
 - 1956: Depto Nacional de Endemias Rurais
 - 1960/1967: Lei Orgânica da Previdência Social/ Efetivação da Lei Orgânica com a implantação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social)
 - 1970: SUCAM - Superintendência de Campanhas da Saúde Pública
 - 1975: Criação de um Projeto de Sistema Nacional de Saúde
 - 1976: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)
 - 1978: INAMPS (Inst Nacional de Assistência Médica da Previdência Social)
 - 1980: Atenção Médico Supletiva (bases da saúde suplementar)
 - 1981: CONASP (Conselho Consultivo de Adm da Saúde Previdenciária)
 - 1983: AIS (Ações integradas de Saúde)
 - 1985: DIRETAS JÁ: grande mobilização social (organização dos movimentos de saúde para a VIII Conferência Nacional de Saúde)
 - 1986: em março 8ª CNS e em agosto fundação da DENEM
 - 1988: Criação do SUS pelo Artigo 198 da Constituição Federal
 - 1990: Leis Orgânicas da Saúde (regulamentação do SUS)

A fim de iniciarmos o debate sobre a Saúde no Brasil antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), precisamos contextualizar historicamente nosso país e considerar os povos tradicionais nativos deste território.

[1500 - 1990]

O Brasil foi invadido pelos portugueses em 1500 (*século XVI*), transformando-se em colônia de exploração e abastecendo a Europa com nossas riquezas, sobretudo naturais, entre os séculos *XVI* e *XIX*, iniciando, assim, as tentativas de subordinação e extermínio dos povos indígenas. Em 1808 (*século XIX*), o Brasil torna-se capital do Império Português e em setembro de 1822, o português e herdeiro Dom Pedro I, em uma tentativa de emancipação do território explorado, profere o grito clássico de "*Independência ou Morte*" o qual não determina de forma efetiva o fim dos laços coloniais, apenas reafirma a lógica de exploração que tomará diferentes formas ao longo da história de construção do país, perpetuando uma situação inferior do Brasil e dos demais países do Sul em relação às metrópoles do Norte.

Como esses fatos refletem na história da progressão do ideal de Saúde à população brasileira?

Nesse contexto, desde então, sem nenhum rompimento efetivo tanto com as estruturas de exploração quanto com a cultura eurocêntrica da visão da colonização portuguesa, a população brasileira sofre com resquícios dessa época até hoje, com o objetivo de romper com essas amarras enraizadas na cultura as quais se arrastam também pelo século XXI.

Sendo assim, grupos populacionais e povoados, como os indígenas, foram e são dizimados tanto pelas faltas de políticas de saúde ao longo dos séculos, quanto por uma crença de projeto de Estado. Os povos originários brasileiros (*nomeados "índios" pelos colonizadores*) estão em guerra para se manterem vivos contra a ameaça e o extermínio aos seus povos desde a chegada, em 1500, do navegante e explorador português Pedro Álvares Cabral na costa litoral nordeste do que viria a ser o país.

Além da invasão americana, os portugueses promoveram um imenso êxodo do continente africano para as américas através do tráfico de mão-de-obra escrava. Os descendentes das pessoas que foram escravizadas no Brasil compõe 54% da população brasileira segundo o IBGE [13] - *pretos e pardos* - e são mais de 70% dos usuários do SUS atualmente. 132 anos após a abolição da escravidão, ainda lutam por direitos básicos de cidadania plena e digna, a fim de não haver julgamentos sociais que se embasam em cor de pele, levando à discriminação, racismo e preconceitos diversos a esses cidadãos. [10]. Dessa forma, a população brasileira se compõe pelos povos originários de diversas etnias, pelos descendentes de negros trazidos da África para serem escravizados, perpassando por brancos europeus colonizadores e imigrantes das mais diversas partes do mundo, estes fugidos de guerras, desastres naturais, ditaduras, entre outras questões.

No Brasil Colônia (*entre os séc. XVI e XIX*), o acesso à saúde era precário e inexistente, basicamente sua organização sanitária espelhava a da metrópole (*Portugal*), sendo majoritariamente de responsabilidade militar, como o *cirurgião-mor* do Exército de Portugal que supervisionava os serviços de saúde das tropas militares no Brasil e o *físico-mor*, que por meio das capitâncias hereditárias, respondia pelo saneamento e pela profilaxia de doenças epidêmicas no território tupiniquim. [1]

Os problemas de higiene eram de responsabilidade das autoridades locais por meio de câmaras municipais e os moradores das cidades, sem acesso aos médicos como os ricos brancos tinham, reivindicavam, mediante cartas ao Rei, pela presença de médicos, apesar da dificuldade de migração de médicos para o Brasil. [1]

Os escravos empregavam a medicina por meio de amuletos, ervas, além do sincretismo religioso e os indígenas à época contavam com a tradicional e milenar oralidade para a transmissão de conhecimentos culturais e sabedorias geracionais acerca de saúde nas medicinas naturais e rituais espirituais, como a figura do *pajé*. [1] Além da inexorável exploração e ataque aos povos, a invasão dos portugueses no Brasil acarretou o contato inédito com doenças de poderio mortífero a estes povoados nativos, os quais não haviam tido contato com enfermidades ditas “*brancas*” tais como, febre amarela, peste bubônica, rubéola, varíola, gripes, entre outras, ao longo dos séculos, não tendo, portanto, preparo imunológico para sobreviver a estas doenças.

A população miserável e autônoma das cidades imperiais recorriam a essas práticas naturais de saúde, nos quais muitos se utilizam de plantas medicinais, de grande oferta no Brasil. As práticas são apresentadas como *Medicina Integrativa* na *Medicina científica tradicional* na qual pouco se investe e/ou se estuda com a valorização necessária na maioria das Universidades do Brasil nos tempos atuais.

Ademais, diferente da Medicina Tradicional Chinesa, na qual sua prática médica se pauta em conhecimentos acerca da sua cultura oriental milenar, no Brasil, em contrapartida, a medicina “*tradicional*”, a qual trata com negacionismo a medicina natural e integrativa dos saberes de índios e negros, chega importada ao território por europeus em meados do século XIX e se espelha em moldes e princípios eurocêntricos, sem haver espaço, desde então, à narrativa da Saúde com a realidade brasileira.

A primeira faculdade de Medicina é fundada em Salvador (BA) em janeiro de 1808, intitulada Escola de Cirurgia e, desse modo, oficialmente o Brasil começa a formar médicos no período pós-colonial. [1] Entretanto, tais instituições de estudo eram destinados aos filhos da elite brasileira à época, o que intensificou a perpetuação do ideal soberbo, com resquícios históricos ainda em 2020, de que acesso e estudos em *Medicina* eram destinados apenas àqueles de alto poder econômico nacional.

A saúde para os mais pobres foi encarada como caridade e filantropia durante a maior parte da história brasileira com a criação, em 1543, da primeira unidade de apoio à saúde de cunho católico, a Santa Casa, em Santos, São Paulo. A Igreja Católica Apostólica Romana teve papel como uma das principais responsáveis pelo atendimento à população mais miserável. [1] No século XIX, com a abolição da escravidão em 1888, a população negra brasileira, antes escravizada e desumanizada, se encontravam em situação de abandono no que diz respeito ao acesso a moradia, alimentação, empregos e acesso à saúde.

A primeira tentativa do Brasil em organizar a saúde nacional se dá, em 1897, com a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), no século XIX.

Em 1903 (*século XX*), a direção desse órgão público é atribuída ao médico sanitariano Oswaldo Cruz com o intuito de erradicar o surto de febre amarela no Rio de Janeiro, que na época se configurava como capital do Brasil. [1]

A DGSP era ligada ao Ministério da Justiça do Brasil, tendo à disposição ao trabalho guiado por Oswaldo Cruz, portanto, um *exército* de 1500 *guardas* para o controle sanitário. Com o objetivo principal na erradicação das epidemias vigentes e, sem considerar as condições históricas da população brasileira, a atuação militarizada da saúde não respeitava as liberdades individuais, tampouco pretendia elucidar a população sobre as medidas sanitárias tomadas e suas justificativas de ação repressoras.

Saúde e poder de Polícia andam juntos no Brasil desde sua gênese. A saúde não era vista como um direito, mas sim como um privilégio, uma vez que ser pobre, não ter acesso a condições mínimas de higiene, ser negro, periférico e ser infectado por uma doença epidêmica fossem um *crime* de atentado à saúde pública no Brasil, sem a autocrítica do Estado brasileiro em considerar aonde houve erro com esses cidadãos.

Com o andamento do Brasil República desde do séc. XIX, o acúmulo de capital proveniente do cultivo de café, entre os séculos XIX e XX, subsidiou o início da industrialização no Brasil. A Revolução Industrial no Brasil se deu em 4 fases distintas. Assim, para as inéditas indústrias brasileiras foram importadas as máquinas de trabalho e a mão de obra barata, além de serem ligadas aos territórios que detinham poder de capital, concentrando-se, nesse momento da história, no Sudeste, sobretudo no estado de São Paulo.

Os trabalhadores imigrantes italianos, de cunho político anarquista, migraram para o Brasil em meados do século XX. [7] Em 1901, representavam 90% dos trabalhadores empregados nas indústrias paulistas. Assim, trouxeram consigo o espírito da luta ativa dos trabalhadores por direitos essenciais convergindo com a luta por condições melhores de saúde no mesmo período das reivindicações trabalhistas, sendo os operários italianos um importante pilar na formação do movimento operário brasileiro e na divulgação anarquista no país. [7,8]

Em 1923 a luta trabalhista ganha seu primeiro triunfo a favor dos trabalhadores com a Lei Eloy Chaves, a qual consolida a base do sistema previdenciário brasileiro, com a criação da Caixa de Aposentadorias e Pensões aos empregados das empresas ferroviárias. Devido a pressão dos interesses da bancada ruralista brasileira, a Lei Eloy foi aprovada excluindo os trabalhadores rurais dos benefícios de previdência, sendo estes, porém, a maioria dos trabalhadores no Brasil à época. [9]

A partir da *Revolução de 1930* (*séc. XX*) com a extinção da República Velha da “*política do café com leite*” e ascensão do Governo Provisório do populista Getúlio Vargas, se inicia as primeiras formas de legislação social e de estímulo ao desenvolvimento industrial nacional. [11] Em 1930 também é criado o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde, sendo a primeira vez que a Saúde no Brasil deixa o cargo de subordinada ao Ministério da Justiça. [1].

Em 1939, regulamentou-se a Justiça do Trabalho. A luta organizada por meio da classe trabalhadora nos sindicatos conquistou grandes e necessárias garantias aos trabalhadores, sendo sancionada em 1º de maio de 1943 a Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), uma forma de fiscalização da luta sindical pelo líder paternalista Getúlio Vargas, na qual usamos até hoje (séc XXI) na garantia dos direitos do trabalhador brasileiro.

Em 1941, ocorre a Reforma Barros Barreto, a qual orienta as novas medidas de atuações e ações governamentais no âmbito da saúde no território nacional.[1] Destaca-se a instituição de órgãos normativos e supletivos com o objetivo de orientar a assistência sanitária e hospitalar; criação de órgãos executivos de ação direta no combate às principais endemias no país como malária, febre amarela e peste; fortalecimento do instituto de infectologia Oswaldo Cruz, como referência nacional; descentralização da saúde por 8 regiões sanitárias; programas de abastecimento de água e construção de esgotos; atenção aos problemas das doenças degenerativas e mentais com a criação de serviços especializados de âmbito nacional, como por exemplo, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) que temos até hoje (séc XX). [12]

Em 1953, cria-se o Ministério da Saúde, pela primeira vez como um órgão independente e único. Somente 10 anos depois, em 1963, é criado o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural. A diferença de direitos dos trabalhadores urbano-industriais e rurais foi um importante fator de urbanização do país, esta marcada pela caoticidade e falta de planejamento urbano, pela concentração de espaços e riquezas e, de modo geral, pela desigualdade no país, nos mais diversos aspectos possíveis (*etnia, gênero, classe social...*).

Em 1960, em meio à Guerra Fria, foi aprovada a Lei Orgânica da Previdência Social. Tal Lei se efetivou somente no Regime Militar, em 1967, com a implementação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Neste mesmo ano, é liberado o Decreto Lei 200/67, o qual determina as competências do Ministério da Saúde e flexibiliza métodos burocráticos da Administração Pública no Brasil [1].

Após o fracasso do INPS, em 1974, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), como uma autarquia federal vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (*hoje Ministério da Previdência Social*) e foi idealizado pelo Regime Militar pelo desmembramento do INPS, que hoje, séc XX, é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). O objetivo era administrar o complexo sistema *médico-industrial* que se desenvolveu, desde 1923, com a criação das Caixas e Pensões pela Lei Eloy Chaves. Neste momento, é importante ressaltar os fatos: serviços de saúde fornecidos pelo sistema previdenciário eram de uso exclusivo apenas dos trabalhadores que contavam com registro assinado em carteira de trabalho. Até 1971, atendia apenas aos trabalhadores urbano-industriais, englobando os trabalhadores rurais somente neste mesmo ano e os empregados domésticos e autônomos no ano de 1972.

Com o vácuo e a negligência da atuação governamental da Ditadura Militar no âmbito da saúde pública nacional e com o lucro excedente de capital no eixo sul-sudeste do Brasil, desenvolveu-se, assim, um amplo mercado do complexo de *saúde complementar* que era destinado a grande parcela dos não incluídos no sistema previdenciário e que tinham poder econômico para pagar pelo acesso à saúde complementar (*a classe média*).

No período de 1964 a 1984 no Brasil, houve um crescimento alarmante de 500% no que diz respeito ao número de leitos em hospitais privados. Nesse contexto, o setor suplementar ganha força e credibilidade conquistando, em 1980, a criação da Atenção Médico Supletiva, a qual regulamenta 5 modalidades assistenciais à saúde suplementar, tendo como destaque o sistema de “Planos de Administração”, no qual, em troca da prestação de determinados serviços de saúde privada, o contratante contribui financeiramente por mês à empresa de serviços (*tal qual os vigentes planos de saúde*).

Com o exposto, na década de 80, houve um crescimento vertiginoso deste setor privado, sendo este responsável pela assistência à saúde de 22% da população brasileira no final da década e com um faturamento de mais de US\$2,4 bilhões em 1989. Devido ao seu desenfreado tamanho, com pouca fiscalização e ao seu faturamento bilionário, a saúde suplementar garantiu seu espaço coexistindo durante a redemocratização do país. Realizou *lobby* durante a Constituinte de 1988, para sua lógica capitalista sobreviver, garantindo que mesmo sendo criado um sistema de saúde, ele não fosse único, universal e gratuito, convergindo com a defesa e o respaldo da livre iniciativa privada, como consta em nossa Constituição Federal.

REFERÊNCIAS:

- [1] PAIM, JS. O QUE É O SUS? [coleção interativa] FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / EDITORA FIOCRUZ; E-book interativo: 2015 (edição impressa: 2009). Apoio: Faperj. {<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>} Acesso em: 05/05/2020
- [2] <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>
- [3] <http://oswaldocruz.fiocruz.br/index.php/biografia/trajetoria-cientifica/na-diretoria-geral-de-saude-publica>
- [4] <http://mapa.an.gov.br/index.php/component/content/article?id=567>
- [5] <http://mapa.an.gov.br/index.php/ultimas-noticias/682-departamento-nacional-de-saude-publica>
- [6] POLIGNANO, MV. História das políticas de saúde no brasil - uma pequena revisão {<https://drive.google.com/drive/u/6/folders/11Rzz4R2TOsIEQghBZFyq2ved33VuPuV7>}
- [7] TOLEDO, Edilene. UNIFESP 2012 [artigo] Imigrantes e operários de origem italiana em São Paulo e em Minas da Primeira República ao Estado Novo {https://www.ponteentreculturas.com.br/revista/imigrantes_operarios.pdf} Acesso em: 05/05/2020
- [8] Cf. BIONDI, Luigi. La stampa anarchica in Brasile: 1904-1915. Tesi di Laurea, Università degli Studi di Roma "La Sapienza", 1994.
- [9] Notícia: 87 ANOS: Lei Eloy Chaves {<https://mps.jusbrasil.com.br/noticias/2063032/87-anos-lei-eloy-chaves-e-a-base-da-previdencia-social-brasileira>} Acesso em: 08/05/2020
- [10] Guibu IA, MoraesJC, Guerra Junior AA, Costa EA, Acurcio FA, Costa KS, et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. Rev Saude Publica 2017;51 Supl 2:17s. {https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007070.pdf} Acesso em: 12/05/2020
- [11] Matéria: Revolução de 1930 - Era Vargas Brasil {<https://www.sohistoria.com.br/ef2/eravargas/p3.php>} Acesso em: 12/05/2020
- [12] Matéria: Ditadura Vargas 1930-1945 {<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/nutricao/ditadura-vargas-1930-1945/38255>} Acesso em: 12/05/2020
- [13] Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Síntese de indicadores 2015 - população residente por cor ou raça, pg 40. <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf> . Acesso em 07/05/2020.