ISSN: 1981-8963

LITERATURE SYSTEMATIC REVIEW ARTICLE

WEAVING THE CIRCUMSTANCES OF REFORM AND OPERATIONALIZATION OF THE NATIONAL HEALTH SYSTEM FROM 1973 TO 1979

TECENDO AS CIRCUNSTÂNCIAS DE REFORMULAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE DE 1973 A 1979

TEJIENDO LAS CIRCUNSTANCIAS DE LA REFORMA Y LA PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE 1973 LA 1979

Erica Toledo de Mendonça¹, Wellington Mendonça de Amorim²

ABSTRACT

Objective: to describe the circumstances in which was gave the proposal for recasting and operationalization of the National Health Policy, in the period from 1973 to 1979. **Methodology:** historical and social study, based on documentary analysis. **Results:** in reviewing the circumstances in which was gave the proposal for recasting and operationalization of the National Health Policy in the 1970s, we found that it was striking inequality that existed in the level of health of people, caused by factors constraints of the most varied and characterized so peculiar to each company, led the government, the international organizations and world community had the primary targets in its policies. It was in that moment that the federal government, through Law No. 6229/1975, organized the National Health System. So, in the 1970s, it was started the discussions about the politics of the extension of coverage, which centered in the primary care basic point of departure that can be achieved better care coverage to people, to try to reach adequate levels of health. **Conclusion:** as actors participants of the constitution of the new health system, called "network", the nurses, in order to understand the social reality and to articulate in socioeconomic structure, they needed to pass through a process with significant changes in their academic training, and consequently, in the care. **Descriptors:** nursing; public health; health policies.

RESUMO

Objetivo: descrever as circunstâncias em que se deu a proposta de reformulação e operacionalização da Política Nacional de Saúde, no período de 1973 a 1979. **Metodologia:** estudo histórico-social, embasado na análise documental. **Resultados:** ao analisarmos as circunstâncias em que se deu a proposta de reformulação e operacionalização da Política Nacional de Saúde, na década de 1970, encontramos que, era marcante a desigualdade que existia no nível de saúde dos povos, provocada por fatores condicionantes dos mais variados e caracterizada de modo peculiar em cada sociedade, o que fez com que o governo, as organizações internacionais e a comunidade mundial tivessem como preocupação primordial metas em suas políticas de saúde. Foi nesse momento que o governo federal, por meio da Lei nº 6229/1975, estruturou o Sistema Nacional de Saúde. A partir daí, nos anos de 1970, começaram as discussões acerca das políticas de extensão de cobertura, que centravam, na assistência primária o ponto básico de partida para que fosse alcançada melhor assistência de cobertura às populações, a fim de que atingisse níveis adequados de saúde. **Conclusão:** como atores participantes da constituição do novo sistema de saúde, denominado "rede", as enfermeiras, no intuito de apreender a realidade social e se articular na estrutura socioeconômica, necessitavam passar por um processo de mudanças significativas em sua formação acadêmica, e conseqüentemente, assistencial. **Descritores:** enfermagem; saúde pública; políticas de saúde.

RESUMEN

Objetivo: describir las circunstancias en que se dio a la propuesta de la refundición y la puesta en marcha de la Política Nacional de Salud, en el período comprendido entre 1973 a 1979. **Metodología:** estudio histórico y social sobre la base de análisis documental. **Resultados:** al examinar las circunstancias en que se dio a la propuesta de la refundición y la puesta en marcha de la Política Nacional de Salud en el decenio de 1970, encontramos que era notable la desigualdad que existía en el nivel de salud de las personas, causados por factores de las limitaciones de las más variadas y caracterizado por lo peculiar de cada una de las empresas, llevó al gobierno, las organizaciones internacionales y la comunidad mundial son los principales objetivos en sus políticas. Fue entonces que el gobierno federal, a través de la Ley N ° 6229/1975, organizado el Consejo Nacional de Salud. A partir desde allí, en el decenio de 1970, inició los debates sobre la política de la ampliación de la cobertura, que se centró en la atención primaria punto básico de partida que se puede lograr una mejor cobertura de atención a las personas a fin de que alcance niveles adecuados de salud. **Conclusión:** como los actores participantes de la constitución del nuevo sistema de salud, denominado red, las enfermeras, a fin de comprender la realidad social y se articulan en la estructura socioeconómica, es necesario pasar por un proceso de importantes cambios en su formación académica y, en consecuencia, asistencial. **Descriptor:** enfermería; salud pública; políticas de salud.

¹Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Mestrado da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Bolsista CAPES. Email: ericapoty@yahoo.com.br; ²Doutor em História da Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da UNIRIO. Membro Fundador do Laboratório de Pesquisa de História de Enfermagem. Membro Fundador do Núcleo de Pesquisa de História. E-mail: amorimw@gmail.com

INTRODUÇÃO

O presente estudo investiga as circunstâncias em que se deu a proposta de reformulação e operacionalização da Política Nacional de Saúde, no período de 1973-1979.

Fazendo uma breve retrospectiva histórica, entre as décadas de 1950 a 1980, o Brasil passou por uma fase de modernização, urbanização e industrialização, que modificou profundamente as estruturas social, econômica e política do país, que refletiram significativamente na área da saúde. O eixo econômico deslocou-se do campo para as cidades, que trouxe como consequência um aumento abrupto da camada operária. Com isso, houve um incremento no setor terciário da economia, do qual faziam parte os setores administrativos das empresas, o setor bancário, área de saúde e educação.¹

No caso da saúde, o debate sobre as suas relações com o desenvolvimento econômico e social que marcaram a década de 60 ampliou-se, nos anos 70, para uma discussão acerca da extensão da cobertura dos serviços.²

Nesse cenário, em consequência do seu grau de desenvolvimento socioeconômico, o Brasil apresentava-se com um novo espaço urbano, tido também como espaço industrial; e trazia consigo os efeitos das novas condições de trabalho: os acidentes, as doenças, a subnutrição, que se enquadraram no seio das carências que o novo modo de produção trouxe consigo.³ Com isso, o enfoque até então dado à saúde, concentrado nas doenças pestilenciais, adquiriu uma nova dimensão, preocupando-se com as doenças que emergiram relacionadas às condições de vida e de trabalho e às doenças crônico-degenerativas.

Em virtude da crise administrativa, financeira, e da baixa cobertura populacional da política de saúde vigente, destacou-se, em 1966, a unificação dos Institutos de aposentadorias e Pensões (IAPs) pela Previdência Social, com a criação do Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INPS), unificando todos os órgãos previdenciários que funcionavam desde 1930 e, com isso, ampliou-se a cobertura do modelo médico-hospitalar privatista.

O INPS ficou vinculado ao Ministério do Trabalho e deveria tratar os doentes individualmente, enquanto que ao Ministério da Saúde caberia elaborar e executar programas sanitários e assistir a população durante as epidemias.⁴ O Estado, dessa forma, atuaria como órgão representativo dos interesses coletivos.⁵

No entanto, ao invés de eficácia assistencial e funcionalidade organizativa, como se propôs, o INPS engendrou-se como um monstro burocrático que crescia de modo desordenado, que escapava ao controle público tornando-se campo propício à instalação de focos de corrupção.⁶

Como se não bastasse o fato de o INPS pertencer a uma estrutura administrativa totalmente desvinculada da do Ministério da Saúde, ele agora passava a transferir cada vez mais assistência médica para organizações privadas, descentralizando e pulverizando ainda mais a principal fonte de informações sobre o comportamento de saúde da população brasileira — o que tornava ainda mais remota a possibilidade de adoção de uma medicina preventiva eficiente e resolutiva no Brasil.⁷

Com a finalidade de discutir essas questões e diagnosticar problemas no quadro da saúde dos países da América Latina é que a III Reunião de Ministros da Saúde das Américas (Santiago, Chile, outubro 1972) se reuniu e reconheceu as principais deficiências na prestação de serviços médicos à população, enfatizando a necessidade de intervenção do Estado para garantir a saúde como direito inalienável de todos os indivíduos.⁸ A extensão da cobertura aos grupos populacionais não integrados, rurais dispersos e urbanos marginais foi a preocupação central.

Da Reunião de Ministros da América Latina foram elaborados os Planos Decenais para a Saúde, de onde saíram medidas para o planejamento em saúde para os países latino-americanos, com metas de controle de enfermidades, extensão de cobertura dos serviços, formação de recursos humanos para a saúde tendo em vista que a mesma exercia papel fundamental para o desenvolvimento econômico de um país. Os problemas pelos quais passava o continente eram, contudo, de natureza eminentemente primária.⁹

Assim, havia a necessidade de reestruturação e da melhoria de planejamento no setor da saúde, com integração de ações preventivas e curativas, expansão da cobertura demográfica e administração do sistema — o que promoveria benefícios no sistema de promoção, proteção e recuperação da saúde, de maneira integrada e integral, igualitária, oportuna, eficaz e suficiente. E, para que tais medidas fossem implementadas, foi necessário reorganizar o setor saúde, porém com base em novas leis.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde propôs e formulou, em 1973, uma Política Nacional de Saúde (PNS) que estruturou um Sistema Nacional de Saúde (SNS) e previu a

transferência das atividades da assistência médica ora a cargo do INPS para o Ministério da Saúde.¹⁰

Diante do exposto, a questão a que nos propusemos a abordar foi: Quais as condições sociais contextualizaram a formulação da Política Nacional de Saúde na década de 1970?

O presente estudo inserido na Linha de Pesquisa *O Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil* teve como eixo temático: Influências das Políticas de Saúde na Configuração da Enfermagem de Saúde Pública no Brasil no Século XX – Demandas e Tendências, desenvolvido e elaborado junto ao Laboratório de Pesquisa em História da Enfermagem (Laphe), possibilitou o resgate histórico acerca das políticas de saúde brasileiras. Além disso, contribui para estudos históricos de Enfermagem em Saúde Pública e para conhecimento da prática de Enfermagem no contexto das diversas políticas de saúde já vigentes no país.

OBJETIVO

Descrever as circunstâncias em que se deu a proposta de reformulação e operacionalização da Política Nacional de Saúde, no período de 1973-1979.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo histórico-social, exploratório com base na pesquisa bibliográfica que utilizou a análise documental como técnica de pesquisa. Os dados foram analisados de maneira a correlacionar e contextualizar as políticas de saúde do período 1973-1979 à prática de enfermagem.

O marco inicial do estudo definiu-se em 1973, ano da criação, pelo Ministério da Saúde, de uma proposta de lei que formulou uma Política Nacional de Saúde, estruturando o Sistema Nacional de Saúde, que estabeleceu novas diretrizes para a operacionalização do sistema de saúde brasileiro. E como marco final, o ano de 1979, ano da apresentação do documento “A questão democrática na área da saúde” no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal, pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em prol da redemocratização da medicina e da saúde brasileira. E como fontes secundárias produção científica nas temáticas de: História da Saúde Pública, das Políticas de Saúde e da História Geral e do Brasil.

Os acervos foram as bibliotecas das principais escolas de enfermagem do Rio de Janeiro (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Escola de Enfermagem Ana Nery), ABEN- RJ,

FIOCRUZ, Casa de Oswaldo Cruz, dentre outros, – para análise dos dados. O estudo das políticas de saúde afirma-se como uma abordagem eminentemente qualitativa ao se considerar a saúde como um fenômeno e um processo social de alta complexidade e significado cultural.¹¹

A técnica da análise sincrônica e diacrônica foi utilizada para classificar e organizar os principais conteúdos documentais do período estudado, de modo a correlacionar os principais eventos listados dentro do período.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

• *As circunstâncias que culminaram na formulação de um Sistema Nacional de Saúde e as implicações para a enfermagem*

A década de 1970, no Brasil, foi marcada por profundas reformulações em diversos setores governamentais.

No campo político, o regime militar sob o comando do Exército, Marinha e Aeronáutica, foi caracterizado pelo autoritarismo e articulação de estratégias que objetivaram reforçar o Poder Executivo, reduzindo, assim, as ações e o poder de atuação do Legislativo, representado pelo congresso.¹²

Dentre essas medidas, os Atos Institucionais (AIs) eram meios que os militares utilizavam para a instalação de inquéritos policiais-militares que ficariam responsáveis pela investigação de crimes contra o Estado ou manifestações contra a ordem política e social, o que deu origem às repressões e prática de torturas por parte do governo. Já a criação de decretos-leis, ampliava o poder de atuação do governo, especialmente no que dizia respeito à segurança nacional; previa a extinção dos partidos políticos, prevalecendo somente a Aliança Renovadora Nacional (Arena) e o Movimento Democrático Brasileiro (MDB).¹²

Criado em 1964, no governo Médici, o Serviço Nacional de Informações (SNI) destacou-se como importante órgão de controle dos cidadãos cujo objetivo era “coletar e analisar informações pertinentes à Segurança Nacional, à contra-informação e à informação sobre questões de subversão interna”.^{12:259} O Destacamento de Operações e Informações e Centro de Operações de Defesa Interna (DOI-CODI) foram os principais centros de tortura do governo militar.¹²

Como sucessor de Médici, as Forças Armadas apontaram o general Ernesto Geisel, eleito em 1974, que estava ligado ao início da abertura política, caracterizada pela liberalização do regime. Em parte, essa abertura se deu devido às constantes pressões

da oposição e da Igreja Católica, além do enfraquecimento das relações entre Forças Armadas e o poder, com distorções nos princípios básicos das instituições militares como a hierarquia.¹

O governo Geisel lançou o II PND (Plano Nacional do Desenvolvimento) que objetivava deixar o país no caminho da auto-suficiência na produção de insumos básicos e da indústria de bens de capital, num processo de substituição de importações. Investiu-se em tecnologia de ponta, como a química fina, informática, indústria de armas e tecnologia nuclear.¹

Tais fatos levaram o país a crescer num ritmo impressionante, com reequilíbrio das finanças e crescimento do setor industrial e civil, para a retomada do desenvolvimento econômico e contenção da inflação, dando origem ao período conhecido como “Milagre econômico”. Este período caracterizou-se pela entrada maciça de capital estrangeiro no país¹², de um lado, e pelo controle dos salários (“arrocho salarial”), em outro âmbito, mantidos sempre abaixo da inflação.¹

No campo da economia, houve cortes de despesas e aumento da arrecadação a fim de reverter a situação econômico-financeira do país que se encontrava em condições caóticas.¹²

No entanto, o modelo econômico desenvolvido pelo regime militar, no governo Geisel (1974-1979), começou a apresentar sinais de esgotamento, com aumento da dívida externa, inflação, baixos salários — o que fez crescer muito a oposição ao regime na sociedade. Na verdade, manter essa política concentradora de renda e antipopular, significava aumento de repressão sobre os sindicatos para conter a massa trabalhadora insatisfeita. O modelo econômico implantado conseguiu retomar o crescimento econômico, porém, com ampliação da pobreza, cujo reflexo se deu nos indicadores muito baixos de saúde, educação e habitação¹²; e transformação do país num verdadeiro “quartel”, com a imposição da Lei de Segurança Nacional.¹

Nesse contexto, ao lado do desenvolvimento industrial, a dívida externa e a inflação aumentavam, o descontentamento dos assalariados contribuiu para o aumento do número de sindicatos de trabalhadores, não apenas de áreas já conhecidas, como professores e bancários, além de médicos, sanitaristas e outras categorias.¹

O regime militar, dessa forma, começou a esboçar sinais de fraqueza ao longo do Governo Geisel, quando o endividamento

externo (comprometendo o PIB) e o arrocho salarial chegaram ao limite.¹ Diante desses fatores, o presidente Geisel acelerou a abertura política, de uma forma “lenta, gradual e segura”, afastando vários militares envolvidos com a tortura e corrupção e dando início ao processo de transição para a democracia.

Todas as transformações a que nos referimos, afetaram sobremaneira todos os setores do processo produtivo do país. No campo da saúde, reflexo das mudanças pelas quais a sociedade vinha passando, como acelerado processo de industrialização, urbanização, intensificação das migrações internas em resposta ao período do “Milagre Brasileiro”, resultou na favelização das cidades com piora das condições sanitárias e das habitações, implicando em indicadores de saúde muito baixos.

Como forma de adequação das ações a essa “nova demanda” em saúde, o Ministério da Saúde propôs e formulou, em 1973, uma Política Nacional de Saúde (PNS) que estruturou um Sistema Nacional de Saúde (SNS), em obediência ao disposto no artigo 156 do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967 (que propunha as diretrizes para implantação da reforma administrativa no país). Este sistema previu a transferência das atividades da assistência médica ora a cargo do INPS para o Ministério da Saúde.¹⁰

O Sistema Nacional de Saúde teve como objetivo “(...) organizar, sob a forma de sistema o complexo de bens, agentes e serviços voltados para ações que, de qualquer forma, digam respeito à saúde em todo o território nacional (...)”.^{10:167}

Por definição da OPS/OMS:

Sistema de Saúde é um mecanismo pelo qual os recursos humanos e a capacidade instalada se organizam através de estruturas administrativas e de uma tecnologia médica para oferecer prestação de serviços de saúde integrados, em quantidade suficiente e qualidade adequada para cobrir a demanda da comunidade a um custo compatível com os recursos financeiros disponíveis^{10:176}.

Formulada em pleno regime militar, de acordo com o SNS, o MS seria responsável pela formulação da política nacional de saúde e execução de ações de interesse coletivo; ao Ministério da Previdência e Assistência Social caberia o atendimento médico-assistencial individualizado; ao Ministério da Educação estava a responsabilidade na formação e habilitação de pessoal ao setor de saúde; ao

Ministério do Interior atuação nas áreas de saneamento; ao Ministério do Trabalho ações relacionadas à prevenção de acidentes, regulamentação das profissões de saúde, além da preparação de mão de obra para o setor da saúde.³

O SNS proposto foi ratificado pela Lei nº 6229/1975 numa tentativa de reforçar o modelo assistencial vigente ao colocar sob responsabilidade da Previdência as ações de caráter individual, fortalecendo, dessa forma, a medicina curativa centrada no modelo hospitalar. Em 1977 teve-se o surgimento do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) que passou a funcionar plenamente como autarquia autônoma e, em 1978, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), instituições que consolidaram o modelo médico curativo, que mais tarde se tornaram um dos importantes vetores da crise da saúde do regime militar.

A enfermeira Haydée Guanais Dourado, no editorial da Revista Brasileira de Enfermagem, no ano de 1975, nos colocou a respeito do SNS:

Aos poucos, nestes próximos anos, é de esperar que sejam organizados e disciplinados, sob o princípio sistêmico e integrado, os setores desse complexo aqui referido. Para nós, que exercemos profissões e ocupações de saúde, é fundamental termos essa esperança. Isso se declara pelo fato de os serviços de enfermagem serem inadequados no presente; porém, temos aspirações quanto ao futuro (...).^{13:7-8}

A implementação do SNS implicava na modernização administrativa não apenas do Ministério da Saúde, mas do setor de saúde no país, estruturado e hierarquizado sob a forma de sistema para alcançar maior coerência e harmonia nas decisões, centralização normativa e descentralização executiva, incremento da produtividade, dentre outros.

É inegável que a medicina, no decorrer desse período, se estruturou em objetivos que se encontravam dados fora dela, apresentando uma articulação quer com as exigências do capital, quer com a esfera político-ideológica nas quais se integrava num fenômeno denominado de “politização” do fato médico.⁵

Sob este ponto de vista, ao reduzir a saúde à ausência relativa de doença e a programas médicos, esta estava sendo enquadrada no modo de produção capitalista, cujo *locus* era o regime militar, desconsiderando, assim, que os problemas de saúde estavam intimamente conectados aos problemas de cidadania, de

direitos humanos, exercendo a estrutura econômica cultural e social profunda influência sobre o seu estado de saúde. Esta influência era exercida por forças nas quais a medicina não tinha poder de atuação e sua prevenção era problema político e de governo.³

Buscando ampliar a cobertura de assistência à saúde da população, os órgãos federais passaram a incentivar a incorporação de instituições do setor privado ao SNS por meio da contratação preferencial de serviços assim como pela concessão de financiamento, incentivos fiscais, auxílios e subvenções aos que participassem do sistema, o que pode ser confirmado pelo que se segue:

Criação de incentivos governamentais à construção, instalação e equipamento de hospitais, casas de saúde e ambulatorios, com finalidade não lucrativa, condicionando-se os auxílios e subvenções destinadas à manutenção dos mesmos, ao desempenho técnico e administrativo em consonância com as diretrizes da PNS [Política Nacional de Saúde] e dos atos destinados à sua implementação.^{10:189}

Em 1974 toda a política governamental no setor delineada, sobretudo a partir do lançamento, pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, do Plano de Pronta Ação (PPA), encaminhou-se exatamente no sentido de desviar a medicina assistencial, cada vez mais, para a rede privada.⁷

O PPA estabelecia claramente que os estabelecimentos da Previdência Social seriam destinados à prestação de assistência hospitalar de alta especialização. Por outro lado, o MS produzia, com seus hospitais, apenas 10% dos serviços assistenciais prestados aos seus beneficiários. Com a estagnação decretada pelo PPA, a participação seria quase simbólica no mercado; apenas a Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), órgão representante do complexo médico-industrial, que congregava os proprietários dos hospitais privados aplaudiu sem restrições esse plano que focalizava em seus objetivos a privatização.⁷

Apesar de ter sido criada no intuito de reformular o sistema de saúde da época, a Lei nº 6229/1975, depois de decorrido um ano da sua vigência, não mostrou sinais de alterações substanciais no sistema que prosseguia incoordenado e caótico.¹⁴ A iniciativa privada representava um obstáculo concreto que impedia a racionalização, a adequação e a implementação do Sistema Nacional de Saúde.

Dessa forma, a seguinte crítica foi feita à Lei 6229/75: “(...) dizem respeito à dicotomia

existente entre o coletivo e o individual, preventivo e curativo quando a necessidade é de unificação dessas ações para reforço das estruturas e de racionalização no emprego dos recursos (...).^{15:49}

No setor da saúde, portanto, o governo militar já apresentava sinais de declínio com crescentes críticas ao modelo assistencial predominante, baseado na medicina curativa que representava gastos elevados e insuficiente impacto na melhoria da qualidade de vida da população. Nesse período houve um crescimento da produção quantitativa de atos médicos, construção de um grande número de hospitais, laboratórios e serviços privados, reforçando dessa forma o modelo médico curativista.⁴

Tornou-se, nesse momento, importante correlacionar que as mudanças ocorridas no cenário político refletiram diretamente no setor saúde e este influenciou significativamente os modos de organização, assistência, ensino e crítica dos profissionais enfermeiros, afetando significativamente seu perfil. Ao observarmos o desenvolvimento histórico da enfermagem, notamos que esses fatores sempre estiveram atrelados aos interesses da classe dominante e das políticas do governo.¹⁶

Assim, focando nosso olhar para o ensino, num primeiro momento, entre o período de 1964 a 1978, tínhamos a censura estabelecida pelo Estado controlando toda a produção cultural. Na enfermagem, predominou a pedagogia da escola Tecnicista, que enfatizava a formação para o mercado de trabalho de indivíduos tecnicamente competentes, porém, sem possuir capacidade de análise e crítica - o que era o objetivo do regime militar.¹⁶

A Pedagogia liberal tecnicista apareceu nos Estados Unidos na segunda metade do século XX e foi introduzida no Brasil entre 1960 e 1970, a partir da Reforma do Ensino, com a Lei 5.692/71. Skinner foi o expoente principal dessa corrente, também conhecida como behaviorista, cuja visão acreditava que adquiriríamos uma língua por meio de *imitação*

e *formação de hábitos*, por isso a ênfase na repetição, na instrução programada, para que o aluno formasse “hábitos” do uso correto da linguagem.

A prática escolar nessa pedagogia teve como função especial adequar o sistema educacional com a proposta econômica e política do regime militar, preparando, assim, mão-de-obra para ser aproveitada pelo mercado de trabalho.

Dessa forma, a tendência tecnicista foi alicerçada no princípio da otimização: racionalidade, eficiência e produtividade. Com sua organização racional e mecânica, visava corresponder aos interesses da sociedade industrial. A semelhança com o processo industrial não ocorreu por acaso, pois tal proposição atingiu seu apogeu nos anos 70, período de forte presença do autoritarismo do Estado e do regime militar. Foi nesse período que o espírito crítico e reflexivo foi banido das escolas. Com o tecnicismo empregado em todos os campos, o aluno era impedido de criar e pensar, impediu-se também a expressão dialética.¹⁶

O ensino de enfermagem, conforme colocado anteriormente, sofreu influência da pedagogia tecnicista, o que observamos nas publicações em revistas científicas, entre elas a Revista Brasileira de Enfermagem.

Evidenciamos, de acordo com o exposto abaixo, na figura nº 1, que os sumários destas revistas (do período 1973-1980) eram compostos, em sua maioria, de temas técnicos, objetivos, focalizando, em grande parte das vezes, a assistência de enfermagem. Não havia discussões ou temas referentes às políticas de saúde, à situação da enfermagem em meio a tantas mudanças pelas quais a sociedade passava; o que demonstrava uma tendência tecnicista, portanto, destituída de críticas ou alheia aos acontecimentos no campo político.

REBEN, n.3, Julho/Setembro 1977	REBEN, n.2, Abril/ junho 1976
Controle domiciliar de prematuro	A propósito da classificação brasileira uniforme de ocupações
Evolução do paciente - anotações de enfermagem no Kardex e passagem de plantão com equipe multiprofissional	Escoamento de sangue funicular como método auxiliar do deslocamento da placenta
Gangrena gasosa: assistência de enfermagem	Assistência de enfermagem no pré e pós-operatório de ortopedia e traumatologia
Assistência de enfermagem ao paciente portador de blastomicose sul-americana	Preparo do paciente para a alta hospitalar: descrição de uma situação
Manual de serviço para centro de treinamento	Bexiga neurogênica: um problema de enfermagem
Processo de enfermagem: avaliação feita pelos alunos do departamento de enfermagem da UCP	Papel da enfermeira junto a mães de crianças hospitalizadas
Programas educativos em enfermagem perinatólica	Alguns aspectos que fundamentam a assistência de enfermagem a pacientes em tração
Uma experiência com consultas de enfermagem para crianças	Saneamento das escolas públicas
Valor do preparo da gestante submetida ao método propedêutico amniocentese	Assistência de enfermagem ao paciente com fotossensibilidade
Conceitos e definições em saúde	Cuidados de enfermagem aos portadores de shunt e fístula artério-venosa
Grupo de trabalho sobre padrões mínimos de assistência de enfermagem à comunidade	Balneoterapia do paciente queimado: sistematização do atendimento de enfermagem
	A comunicação em supervisão

Fonte: Revista Brasileira de Enfermagem, 1976, nº2 e 1977, nº3. Figura 1. Sumários da REBEN n.3, 1977 e n.2, 1976

Nesse período houve a proliferação de várias escolas de enfermagem num curto espaço de tempo, perfazendo um total de 38 entre os anos de 1975-1980, em resposta ao incremento dos serviços assistenciais de saúde na tentativa de uma resolução rápida e eficaz da escassez de mão-de-obra, num processo educativo caracterizado pela transmissão de informações precisas, objetivas e rápidas, de forma a gerar indivíduos competentes. A enfermagem voltava-se para a aprendizagem da técnica, buscando habilidades para o uso de equipamentos modernos e tecnologias sofisticadas.¹⁶ Aumentou a procura por profissionais de saúde de outras categorias e por pessoal de nível técnico e auxiliar.

Na década de 70 foi introduzida a disciplina de Administração Aplicada à Enfermagem visando o controle e à racionalização que resultam na eficiência empresarial com o menor custo... Surgiram os primeiros especialistas na área da enfermagem e passou-se a utilizar o planejamento do ensino de enfermagem, objetivos instrucionais e comportamentos terminais; no processo avaliativo incluíram-se provas objetivas e fichas de observação (...).^{16:41}

Ao rever a produção científica da época, presente nos periódicos de enfermagem, tínhamos em 1973 no Brasil, 33 faculdades destinadas ao ensino da enfermagem, 19 cursos técnicos e 94 cursos de auxiliar de enfermagem. Destes, a grande maioria localizada na região sudeste do Brasil, perfazendo um total de 14 (42,4%). Do total, 13 pertencentes à iniciativa privada.¹⁷ A maioria das demais faculdades era mantida com recursos federais, o que facilitava a elaboração e concretização dos planos de origem central. Deste total, a maioria das escolas estava situada nas capitais,

demarcando a tendência de localização das escolas nas grandes metrópoles. Nesta época, estados como Acre, Piauí, Alagoas, Sergipe, Espírito Santo e Mato Grosso não possuíam faculdades de enfermagem.

Além disso, sabia-se ainda que o número de profissionais de enfermagem não atendia às necessidades de saúde do país. Contudo, a procura pelos cursos aumentou, com aumento do número de concluintes dos cursos de enfermagem – técnico e auxiliar.¹⁷

Os currículos de enfermagem, nessa época, foram baseados na Resolução nº 163/1972 e tinham seu eixo de formação dividido em três partes: pré-profissionalizante, tronco profissional comum e habilitações (Enfermagem Obstétrica, Enfermagem em Saúde Pública e Enfermagem Médico-Cirúrgica), o que condizia com o modelo assistencial hospitalar, numa visão biologicista e mecânica do processo saúde-doença. A doença era vista desvinculada do contexto social, o que contribuía para manter a ordem social. Nesse período surgiram os primeiros cursos de pós-graduação em Enfermagem, que passaram a gerar produções técnico-científicas e publicações.¹⁶

A década de 1970 foi um período em que a percentagem de investimento em pesquisa se acelerou no Brasil, com a implantação dos cursos de pós-graduação *strictu sensu* (Mestrado em Enfermagem), em 1972, na Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, seguido pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), em 1973, ambos marcos importantes da produção científica da enfermagem brasileira. Os cursos de pós-graduação desempenharam um papel fundamental na formação de recursos

humanos qualificados, estimulando o desenvolvimento da pesquisa e o conseqüente desenvolvimento científico do país¹⁸.

Com o incremento do número de escolas de enfermagem, dos cursos de pós-graduação, gerou o desenvolvimento de competências com novas formas de pensar as questões relacionadas à política de saúde da época, contribuindo, nesse momento particular, para a definição de caminhos que possibilitavam o desenvolvimento de um conhecimento cientificamente embasado, refletindo e intervindo sobre o contexto social em que estavam inseridos.

Na área da saúde, a partir de 1975, um ciclo de conferências foi iniciado com intervalos de dois anos, até 1979. Os temas em discussão pautavam-se em críticas à visão funcionalista do SNS, suas distorções, os limites das propostas racionalizadoras, na medida em que a universalização da cobertura, atenção primária, hierarquização e regionalização começaram a ser incorporados ao discurso oficial.¹⁹

Em 1975, a V Conferência Nacional de Saúde veio discutir a regulamentação dos serviços e a hierarquização, em níveis crescentes de complexidade, como tentativa de descentralização dos serviços básicos de saúde e na racionalização do uso da capacidade instalada e de recursos humanos.¹⁵

Diante desse quadro, o MS, através da Fundação SESP e em colaboração com as secretarias de Saúde dos Estados, foram desenvolvidos projetos de interiorização das ações de saúde, dentre eles o Programa de Interiorização das ações e Serviços de Saúde (PIASS), em 1976, que teve como objetivos congregar esforços no sentido de melhorar as estruturas sanitárias das regiões carentes da população de baixa renda, situadas em zonas rurais, com especial atenção à região Nordeste, conclamando a comunidade a participar efetivamente das ações de saúde.²⁰

Mereceu destaque ainda a VII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no ano de 1977, que teve como tema central a “Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos” onde foi proposto que se organizasse um esforço nacional na área da saúde para que pudesse ser implementado um “Programa nacional de serviços básicos de saúde”. Essa conferência contou com a participação de 13 enfermeiras, muitas delas ligadas a organização do tema.

Reafirmou-se na VII Conferência Nacional de Saúde o alto compromisso social de todos os trabalhadores em saúde na conclamação ao esforço conjunto, nacional, de saúde em

quantidade para todos e em qualidade compatível.^{21:270}

Em 1978, como movimento divergente para política centralizadora e hospitalocêntrica vigente e baseado nos problemas pelos quais a saúde mundial enfrentava, realizou-se a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma Ata (URSS) a qual traçou uma meta social dos governos e organizações internacionais que, até o ano 2000, todos os povos do mundo teriam que atingir um nível de saúde social e economicamente produtiva, e para tal, os cuidados primários seriam o foco para que essa meta fosse atingida¹⁵. Essa conferência criticava a privatização, enfatizava a atenção primária e a participação comunitária baseadas na municipalização da saúde.

Portanto, na segunda metade da década de 1970 observamos que houve inúmeros movimentos em oposição à política de saúde predominante, não só no Brasil, delimitando também uma tendência mundial a rever ações de saúde até então implementadas, por meio de extensão da cobertura às populações.

Nesse cenário, face aos inúmeros problemas apresentados, às diversas lutas e discussões travadas entre os defensores de uma medicina reformulada, democratizada, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), ator fervoroso nos debates políticos brasileiros, formulou e propôs modificações no sistema através do documento “A questão democrática na área da saúde”, apresentado à Câmara Federal em 1979.²²

Esse documento, embasado na situação da sociedade brasileira anteriormente discutida, traduzida por mortalidade elevada, desemprego, baixos salários, má atenção médica, representada por uma política de saúde privatizante, empresarial, concentradora de renda e que se guiava pelos interesses de uma minoria poderosa, propunha a reformulação do sistema em vigor.

Frente a esse quadro, o CEBES defendia uma saúde democrática, autêntica, pautada nos seguintes aspectos: direito universal de todos os homens à preservação de sua saúde; reconhecimento de ações intersetoriais como responsáveis por um estado aceitável de saúde (saneamento, emprego, nutrição, salário, habitação); necessidade de ações médicas de caráter coletivo, na promoção da saúde; supressão do empresariamento da medicina; extinção dos atos médicos lucrativos baseados na produtividade; criação de um sistema único de saúde; atribuição do estado como responsável direto pelas políticas formuladas; execução pelo SUS de uma política nacional

de saúde; organização adequada da destinação dos recursos financeiros; organização de um sistema regionalizado, hierarquizado, nos três níveis de governo.²²

Dessa forma, o exposto acima nos levou a concluir que essa redefinição na área da saúde proposta pelo CEBES representou um documento anterior ou um esboço do que viria a constituir o SUS na segunda metade da década de 1980; propostas cuja concretização, se realizadas, causariam uma transformação profunda no sistema de saúde brasileiro com vistas à redemocratização.

Assim, as propostas de reformulação do sistema de saúde brasileiro só viriam a se concretizar após um amplo movimento na saúde, cuja frente era representada pelos atores já descritos anteriormente, denominado Movimento de Reforma Sanitária, palco de todas as transformações ocorridas e um dos responsáveis pela construção do SUS e incorporação deste na Constituição Federal de 1988.

CONCLUSÃO

O período de 1970 foi marcado por várias crises na economia dos países latino-americanos, evidenciando que o crescimento industrial obtido não produziu as modificações esperadas na estrutura global, criando uma situação de desequilíbrio entre um alto nível de demandas e uma escassa oferta de oportunidades.

Na área da saúde, a hegemonia da atenção médica sobre a prática preventiva comprovou-se por intermédio da alta porcentagem dos gastos públicos em serviços curativo-hospitalares ocorrida entre os anos de 1960 até a segunda metade da década de 1970, com a criação de um complexo médico-industrial que consumia os recursos financeiros da Previdência e era ineficiente em atender aos problemas de saúde da população.

A marcante desigualdade que existia no nível de saúde, provocada por fatores condicionantes dos mais variados e caracterizada de modo peculiar em cada sociedade, fez com que o governo, as organizações internacionais e a comunidade mundial tivessem como preocupação primordial metas em suas políticas de saúde, como atividades de planejamento e execução de ações de saúde que visassem a um melhor padrão de rigidez.

Foi nesse momento que o governo federal, através da Lei 6229/75, estruturou o Sistema Nacional de Saúde. A partir daí, nos anos 70, começaram as discussões acerca das políticas

de extensão de cobertura, que centravam, na assistência primária o ponto de partida básico para que fosse alcançada melhor assistência de cobertura às populações, a fim de que atingisse níveis adequados de saúde.

Como atores participantes da constituição do novo sistema de saúde, as enfermeiras, com o intuito de apreender a realidade social e se articular na estrutura socioeconômica, passaram por um processo de mudanças significativas em sua formação acadêmica, e consequentemente, assistencial. A formação profissional da enfermagem dependeu, significativamente, da natureza dos trabalhos que foram desenvolvidos junto à população.

Assim, a enfermagem voltou-se para a prestação de serviços de saúde preventivos, à medida que as discussões em torno da mudança de modelo assistencial se intensificavam, focalizando ações de saúde aos grupos mais vulneráveis da população. Nesse processo de reestruturação, foi relevante a definição dos caminhos a serem trilhados pela enfermagem, especialmente na formação profissional e na adequação às necessidades do país, formando profissionais integrados às novas tendências do campo da saúde, orientados pelas demandas sociais, políticas e econômicas.

Portanto, as transformações ocorridas no setor de saúde e sua ênfase na atenção médica individual, alicerçada na construção do complexo médico-hospitalar, marcaram o período estudado, e significaram novas possibilidades para o desenvolvimento e atuação da enfermagem brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Linhares MY, Flamarion C, Teixeira FC, Mendonça SR. História geral do Brasil. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 1990.
2. Paim JS, Almeida Filho, N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.
3. Luz MT. Saúde e instituições médicas no Brasil. Rev Memórias. 1978; 2(1): 157-74.
4. Bertolli Filho C. História da saúde pública no Brasil. 4ªed. São Paulo: Ática; 2006.
5. Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e sociedade. 2ª ed. São Paulo: Duas Cidades; 1979.
6. Soares LE. Vendendo saúde: O INPS e a Seguridade Social no Brasil. Rev Saúde em Debate. 1976; (1): 59-66.
7. Quércia O. As deficiências da Previdência Social e a responsabilidade do Governo. Rev Saúde em Debate. 1976; (1): 67-73.

8. Cordeiro H. Prática médica na América Latina. *Rev Memórias*. 1978; 2(1): 111-32.
9. Paiva CHA. A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e a reforma de recursos humanos na saúde na América Latina (1960-1970). [acesso em 2007 Sep 10];[aproximadamente 20p.] Disponível em <http://www.coc.fiocruz.br/observatoriohistoria/opas/producao/arquivos/OPAS.pdf>
10. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde. Brasília; 1973.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1992.
12. Fausto B. História do Brasil. São Paulo: Edusp & Imprensa Oficial do Estado; 2001.
13. Dourado HG. Sistema Nacional de Saúde. *Rev Bras Enf*. 1975; (4): 7-8.
14. Mello CG. O Sistema Nacional de Saúde: Proposições e Perspectivas. *Rev Saúde em Debate*. 1976; (1): 24-6.
15. Chianca TCM. O Sistema Único de Saúde: a proposta de viabilização e a inserção da Enfermagem. *Rev Saúde em Debate*. 1994; (44):48-53.
16. Moretto ES. Os enfermeiros e o SUS: da realidade à possibilidade. Florianópolis: UPF Editora; 2001.
17. Medeiros NRD. Relatório da comissão de documentação e estudos da ABEN: 1972-1973. *Rev Bras Enf*. 1974; (2): 226-37.
18. Sidronio K. A Enfermagem brasileira tecendo as redes do conhecimento no assistir em amamentação [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
19. Gadelha PE, Martins R. A Política Nacional de Saúde e a 8ª CNS. *Rev Saúde em Debate*. 1988; 79- 83.
20. Montarroyos Junior EL, Silva CC, Sousa DP, Oliveira RS. Assistência primária e prevenção da doença: experiência em uma comunidade nordestina. *Rev Bras Enf*. 1980; 33(4): 495-501.
21. Carvalho JF. A VII Conferência Nacional de Saúde. *Rev Bras Enf*. 1980; 33(3): 269-70.
22. Fleury S, Bahia L, Amarante P. Saúde em debate: fundamentos da reforma sanitária. Rio de Janeiro: Cebes; 2008.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2008/10/14
Last received: 2009/01/09
Accepted: 2009/01/10
Publishing: 2009/04/01

Corresponding Address

Erica Toledo de Mendonça
Rua Ambrósio Braga, 205, Ap. 106
Bairro Granbery
CEP: 36010-420 – Juiz de Fora (MG), Brazil