



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO-MESTRADO EM ENFERMAGEM

**Enfermagem-Saúde: construindo um saber sobre políticas de saúde,
1977-1980.**

Érica Toledo de Mendonça

Orientador: Prof^o. Dr. Wellington Mendonça de Amorim

Rio de Janeiro
2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Érica Toledo de Mendonça

**Enfermagem-Saúde: construindo um saber sobre políticas de saúde,
1977-1980.**

Dissertação de mestrado inserido na linha de pesquisa o “Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil”. Apresentado ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem – Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Wellington Mendonça de Amorim

Rio de Janeiro
2009

M539 Mendonça, Érica Toledo de.
Enfermagem-saúde : construindo um saber sobre políticas de saúde,
1977-1980 / Érica Toledo de Mendonça, 2009.
vi, 127f.

Orientador: Wellington Mendonça de Amorim.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

1. Enfermagem. 2. Enfermagem – História. 3. Política de saúde –
Brasil. I. Amorim, Wellington Mendonça. II. Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro (2003-). Centro de Ciências Biológicas e da
Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 610.730981

**Enfermagem-Saúde: construindo um saber sobre políticas de saúde, 1977-
1980.**

Por:
Érica Toledo de Mendonça

Banca de Defesa de Dissertação de Mestrado

Prof. Dr. Wellington Mendonça de Amorim
Presidente

Prof. Dr. Marcos Luiz Cavalcanti de Miranda
1º Examinador

Prof^ª. Dr^ª. Ieda de Alencar Barreira
1º suplente

Prof. Dr. Fernando Porto
2º examinador

Prof. Dr. Osnir Claudiano da Silva Jr.
2º suplente

RESUMO

MENDONCA, Érica Toledo de. Enfermagem-Saúde: construindo um saber sobre políticas de saúde, 1977-1980.

Orientador: Professor Doutor Wellington Mendonça de Amorim. Rio de Janeiro: UNIRIO/EEAP, 2009. Dissertação de Mestrado.

A década de 1970, na área de saúde, representou um momento marcado pela hegemonia da atenção médica sobre a prática preventiva, o que comprovou-se através da alta porcentagem dos gastos públicos em serviços curativo-hospitalares ocorrida entre os anos de 1960 até a segunda metade da década de 1970, por meio da criação de um complexo médico-industrial que consumia os recursos financeiros da Previdência e era ineficiente em atender aos problemas de saúde da população. Diversas estratégias políticas e econômicas foram implementadas pelo governo militar, à época, no intuito de minimizar esse quadro, dentre elas a formulação de um Sistema Nacional de Saúde, criado em 1973 e ratificado pela Lei 6229/1975. Assim, o estudo traz como objeto o Sistema Nacional de Saúde na produção científica de enfermagem corporificada nos Anais dos Congressos Brasileiros de Enfermagem, no período de 1977-1980. A pesquisa teve como objetivos: descrever as circunstâncias em que se deu a proposta de reformulação e operacionalização do Sistema Nacional de Saúde; analisar os conteúdos relativos ao Sistema nacional de Saúde nos anais dos Congressos Brasileiros de Enfermagem no período de 1977-1980; discutir os efeitos da produção científica na construção de um saber em enfermagem acerca do Sistema Nacional de Saúde na década de 1970. Trata-se de um estudo histórico-social, exploratório com base na pesquisa bibliográfica que utilizou a análise documental como técnica de pesquisa. Foram analisados os Anais dos Congressos Brasileiros de Enfermagem do período de 1977-1980, cujo conteúdo abordado nas conferências tivesse relação com as políticas de saúde, Sistema Nacional de Saúde, crise da saúde brasileira, e a situação da Enfermagem nesse contexto de mudanças. Para compor o corpo teórico desta pesquisa foram considerados como teóricos, Sérgio Arouca, que contribuiu com os conceitos da Medicina Preventiva; Bruno Latour, que trouxe elementos conceituais da Teoria Ator- Rede; e Maria Cecília Puntel de Almeida, que descreveu em sua tese o saber de enfermagem. As idéias preventivistas forneceram elementos para discussão de uma alternativa à crise do setor saúde, que apontou, por um lado, um reencontro da medicina com sujeitos concretos em seu espaço natural (a comunidade) e social, na tentativa de viabilizar soluções para a crise do setor saúde. Os enfermeiros, como atores participantes da reformulação do sistema, inseridos na “rede” da saúde, a fim de apreenderem a realidade social e se articularem na estrutura socioeconômica, passaram por um processo de mudanças significativas em sua formação acadêmica, e conseqüentemente, assistencial, assumindo diferentes contornos no início dos anos de 1980; além de tecer uma produção científica sobre a temática, caracterizando, assim, um saber em saúde pública. Por fim, observamos que a prática de enfermagem foi reflexo das políticas de saúde dominantes no país, e cuja natureza dos trabalhos que foram desenvolvidos junto à população tiveram predomínio, nesse período, à incorporação de ações primárias e de extensão de cobertura, como forma de redimensionar o modelo assistencial em saúde.

Palavras - chave: Políticas de saúde; Enfermagem; História da Enfermagem.

ABSTRACT

MENDONCA, Érica Toledo de. Nursing-Health: building a knowledge on health policies, 1977-1980.

Orientation: Wellington Mendonça de Amorim, Doctor. Rio de Janeiro: UNIRIO/EEAP, 2009.

In health area, 1970 was a period marked by the hegemony of medical care above preventive practices, which is shown by the high percentage of Public expenses on curative-hospital services, through the creation of a medical-industrial complex which consumes the financial resources of the Social Welfare and that was inefficient in addressing the health problems of population. Several political and economic strategies were implemented by the military government at that time, in order to minimize this framework, including the formulation of a National Health System, established in 1973 and ratified by the Law 6229/1975. So, this study has as its object, the National Health System in Nursing scientific production embodied in the Annals of the Brazilian Congress of Nursing in the period of 1977-1980. The research aimed to describe the circumstances in what the proposal to operationalization and recast of the National Health System was made, review the content about the National Health System in the annals of the Brazilian Congress of Nursing in the period of 1977-1980, discuss the purposes of scientific writings in the construction of a Nursing knowledge on the National Health System in the 1970s. It is an exploratory, socio-historical study, based on the literature search that used the documental analysis as technique of research. We analyzed the Annals of the Brazilian Congress of Nursing of the period of 1977-1980, which content approached in conference, had relation with Health Policy, National Health System, Brazilian Health Crisis and the situation of Nursing in this context of change. To this research it was considered as theoretical, Sérgio Arouca, who helped with the concepts of Preventive Medicine, Bruno Latour, who brought conceptual elements of the Actor-Network Theory and Maria Cecília Puntel de Almeida, who described in her thesis, the knowledge of Nursing. The preventive ideas provided elements for a discussion about an alternative to the crisis in the Health Sector, which showed, on the other hand, a meeting of Medicine with its specific subject, in their social and natural environment (the community) in an attempt to facilitate solutions to the crisis in this sector. The nurses, as actors participating in the revision of the System, embedded in the "network" of health in order to understand the social reality and to articulate the social structure, went through a process of significant changes in their academic training, and consequently care, assuming different shapes in the early 1980s; They also produced a lot of scientific works about this subject, featuring, this way, a knowledge in Public Health. Finally, we observed that the practice of Nursing was reflective of Health Policies prevailing in Brazil, whose nature of work, that were developed within the population, was predominant in that period, to the incorporation of Primary Care, and extension of coverage, as a resize of the model in Health Care.

Keywords: Health Policy, Nursing, History of Nursing.

DEDICATÓRIA

*Dedico esse estudo, primeiramente aos meus pais **Hélio e Marlene**, pelo amor, incentivo e apoio incondicionais, meus mestres. Lições incansáveis de responsabilidade, amor e respeito ao próximo e à família, garra, determinação e dedicação, foram as principais demonstrações de sabedoria que me passaram, e que me fizeram tê-los como referência em minha vida, em qualquer lugar que eu esteja. Obrigada pelas noites sem dormir, por todo o carinho, pela preocupação constante, e principalmente, por terem me ensinado a ser uma pessoa melhor a cada dia. É um grande orgulho tê-los como meus pais! Essa conquista é mais de vocês que minha!*

*Ao meu amor, **Igor**, amigo, companheiro de todas as horas, e meu grande incentivador. Inesquecíveis foram as batalhas que me ajudou a transpor, as lágrimas que amparou e secou de meus olhos, e, acima de tudo, a demonstração de amor, fidelidade e orgulho dia-a-dia, que facilitaram minha caminhada, me impulsionando a vencer desafios e saltar obstáculos. “Amor que não se pede, amor que não se mede”... Obrigada por tudo!*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por todas as oportunidades, e pela força e saúde que me concedeu para lutar em mais esse desafio.

Ao meu orientador, Profº Dr. Wellington Mendonça de Amorim, pelas lições de sabedoria, pelos conhecimentos imensuráveis transmitidos, pela força, incentivo e por me fazer acreditar que esse sonho poderia ser concretizado. Obrigada por ter confiado a mim tamanha responsabilidade, e pelas constantes palavras de que seria possível. Agradeço a compreensão em todos os momentos, e pela maneira acolhedora com que sempre me recebia. A você devo o que sou hoje; a você serei eternamente grata por me mostrar uma outra face da profissão que escolhi, e que aprendi a amar nesta escola. Não existem palavras que expressem minha gratidão.

À minha família, pelo apoio e compreensão nas horas mais difíceis em que eu estive ausente.

Aos meus amigos do mestrado, Ricardo, Marina e Andréa, companheiros de todas as horas, com quem dividi minhas angústias e medos. Vocês serão eternamente guardados em minha memória e em meu coração.

Aos professores do Laphe, pela experiência compartilhada, pelos ensinamentos transmitidos, pelo constante incentivo, e pelo exemplo que representam aos alunos da Enfermagem brasileira.

À Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, por ser a escola que me ajudou a redescobrir a Enfermagem.

Às minhas amigas, Tatiana e Sabrina, grandes companheiras, que amenizavam minhas preocupações com palavras amigas nas idas ao Rio.

Às outras amigas de todas as horas, Luciane e Déise, pelo apoio incondicional, e pelas incansáveis palavras de ânimo e motivação.

Obrigada a todos!

*“De tudo ficaram três coisas:
A certeza de que estamos começando,
A certeza de que é preciso continuar e
A certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar.
Fazer da interrupção um caminho novo,
Fazer da queda um passo de dança,
Do medo uma escola,
Do sonho uma ponte,
Da procura um encontro,
E assim terá válido a pena existir!”*

Fernando Sabino

SUMÁRIO

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS..... | 01 |
| 1.1 | Objetivos | 10 |
| 1.2 | Justificativa | 11 |
| 1.3 | Referencial teórico-metodológico..... | 12 |
| 1.3.1 | Procedimentos metodológicos..... | 24 |
| 2 | TECENDO AS CIRCUNSTÂNCIAS DE REFORMULAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE..... | 27 |
| 3 | O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE NOS ANAIS DOS CONGRESSOS BRASILEIROS DE ENFERMAGEM..... | 46 |
| 3.1 | A crise da saúde brasileira: o embate dos modelos preventivo e curativo..... | 52 |
| 3.2 | O direito à saúde x o poder médico..... | 62 |
| 3.3 | A extensão da cobertura assistencial: as ações básicas de saúde em foco..... | 69 |
| 4 | O REDIMENSIONAMENTO DO PAPEL DA ENFERMAGEM BRASILEIRA NO SETOR SAÚDE..... | 75 |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 86 |
| | REFERÊNCIAS..... | 90 |
| | APÊNDICE..... | 99 |

Listas especiais- Siglas

ABEN – Associação Brasileira de Enfermagem

AI – Atos Institucionais

APS – Atenção Primária à Saúde

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CBEN – Congresso Brasileiro de Enfermagem

CIE – Conselho Internacional de Enfermeiras

CNS – Conferência Nacional de Saúde

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

DATAPREV – Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social

DOI-CODI – Destacamento de Operações e Informações e Centro de Operações de Defesa Interna

FAS – Fundo de Apoio Social

FBH – Federação Brasileira de Hospitais

HCPA – Hospital das Clínicas de Porto Alegre

IMS – Instituto de Medicina Social

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social

LAPHE – Laboratório de Pesquisa em História da Enfermagem

MDB – Movimento Democrático Brasileiro

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PIAPS – Programa Integrado de Assistência Progressiva à Saúde

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PND – Plano Nacional de Desenvolvimento

PNS – Política Nacional de Saúde

PPA – Plano de Pronta Ação

PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PUCCAMP – Pontifícia Universidade Católica de Campinas

SENPE – Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem.

SESP – Serviços de Saúde Pública

SERJ – Sindicato dos Enfermeiros do Rio de Janeiro

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SNI – Serviço Nacional de Informações

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TAR – Teoria Ator-rede

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O estudo traz como objeto o Sistema Nacional de Saúde na produção científica de enfermagem corporificada nos Anais dos Congressos Brasileiros de Enfermagem, no período de 1977-1980.

O século XX foi palco de transformações em todas as esferas da vida política, econômica e socio-cultural que refletiram significativamente na área da saúde. Ocorreram mudanças cuja amplitude nos remete à necessidade de compreender e explicar o que se passava, a fim de entender os modos de intervenção na realidade. No caso da saúde, o debate sobre as suas relações com o desenvolvimento econômico e social que marcaram a década de 1960 ampliou-se, nos anos de 1970, para uma discussão acerca da extensão da cobertura dos serviços (PAIM & ALMEIDA FILHO, 2000, p. 11).

Na década de 1960, o sistema previdenciário se encontrou num momento importante e delicado, uma vez que se verificou um aumento na demanda por assistência médica (em razão do aumento do proletariado urbano) e, ao mesmo tempo, redução da capacidade financeira dos institutos. Os trabalhadores, com salários reduzidos, não se encontravam em condições de arcar com os preços elevados das consultas médicas, tampouco de viver em situações dignas (PAIM & ALMEIDA FILHO, 2000, p. 11).

O Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INPS), vinculado ao Ministério do Trabalho deveria tratar os segurados e seus dependentes que adoecessem de forma individual, enquanto que ao Ministério da Saúde caberia elaborar e executar programas sanitários e assistir a população durante as epidemias (BERTOLLI FILHO, 2006, p. 54).

O Estado, dessa forma, segundo Donnangelo (1979, p. 45), atuaria como órgão representativo dos interesses coletivos. Isso representaria não só a extensão da cobertura assistencial médica à população, como também envolveria quase todas as clínicas e unidades hospitalares na rede previdenciária. Pela constituição de 1967, o Estado deveria apoiar as atividades privadas, sendo a atuação governamental apenas suplementar aos serviços prestados pela medicina privada (BERTOLLI FILHO, 2006, p. 54).

No entanto, para Soares (1976, p. 59), 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.

Segundo Quércia (1976, p. 70), 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.

Conforme referido acima, o INPS ameaçava sucumbir à incapacidade gerencial e à complexidade do sistema previdenciário, além do excesso de fraudes dos hospitais privados, corrupção, pagamentos ilegais de serviços médicos e aposentadorias “fantasmas”.

Com a finalidade de discutir essas questões e diagnosticar problemas no quadro da saúde dos países da América Latina foi 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. A extensão da cobertura aos grupos populacionais não integrados, rurais dispersos e urbanos marginais foi a preocupação central (CORDEIRO, 1978, p.117).

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 (PAIVA, 2007, p. 06).

O Plano Decenal, nesse sentido, reconhecia o direito universal à saúde por parte dos povos, institucionalizava a extensão da cobertura das ações de saúde às áreas rurais e periferias urbanas marginalizadas, além de reforçar o papel do Estado na formulação de políticas setoriais, apontando diretrizes que iam desde a política (equidade, papel do Estado), até a esfera organizacional (regionalização, hierarquização, integração) (PAIVA, 2007).

Dentre as principais deficiências diagnosticadas e relacionadas aos fatores acima, objetos de discussão na reunião dos ministros, destacaram-se: grande número de instituições públicas e privadas; ausência de coordenação interinstitucional dentro do setor - o que acarretava duplicação de serviços, de limitada acessibilidade e cobertura desigual para os diferentes grupos populacionais; custo excessivo dos serviços prestados; papel inativo da

previdência social no processo de planejamento e organização dos serviços médicos; perpetuação da dicotomia medicina curativa *versus* medicina preventiva (QUADRA e CORDEIRO, 1978, p. 34-35).

Esses fatos levaram a uma precariedade qualitativa e quantitativa da assistência médica que necessitava de melhoria de planejamento no setor de saúde, 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.

Em outras palavras, o diagnóstico era de inadequação, atraso, incompetência gerencial e financeira, necessitando de uma modernização da infra-estrutura administrativa de tal forma que se atingisse maior eficiência no setor saúde. O aparelho burocrático estatal devia ser agilizado e a tônica era a descentralização.

As propostas anunciadas na III Reunião de Ministros da Saúde (1972) se constituíram no suporte político para que a modernização e racionalização passassem a fazer parte do ideário da reforma sanitária na América Latina. O Estado, nos diversos países latino-americanos, assumiu um papel crescente como produtor de serviços e normatizador e financiador da atenção médica (CORDEIRO, 1978, p.117).

No cenário político, social e econômico, o Brasil passou por uma fase de modernização, urbanização e industrialização que modificou profundamente suas estruturas. O eixo econômico deslocou-se do campo para as cidades e houve 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 (LINHARES, 2001, p. 351-353).

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 (LUZ, 1978, p. 158). 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.

No campo político, um novo regime, criado sob a intenção de tirar o país da corrupção e do comunismo, objetivou restaurar a democracia, começando a entrar em vigor na década de 1960, sob o comando de outras esferas do governo, como Exército, Marinha e

Aeronáutica - denominado regime militar. Como estratégias governamentais, os Atos Institucionais (AIs) eram meios que os militares utilizavam para reforçar o Poder Executivo, reduzindo, assim, as ações e o poder de atuação do Legislativo, representado pelo Congresso (FAUSTO, 2001, p. 257).

Dentre as medidas dos AIs, tínhamos a instalação de inquéritos policiais-militares que ficavam 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. A criação de decretos-leis, que ampliava o poder de atuação do governo (FAUSTO, 2001, p.262), especialmente no que dizia respeito à segurança nacional; a extinção dos partidos políticos, prevalecendo somente a Aliança Renovadora Nacional (Arena) e o Movimento Democrático Brasileiro (MDB).

Outro instrumento repressor criado em 1964, no governo do Marechal Castelo Branco (1964-1967), foi o Serviço Nacional de Informações (SNI), que se destacou como órgão importante 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”. O Destacamento de Operações e Informações e Centro de Operações de Defesa Interna (DOI-CODI) foram os principais centros de tortura do governo militar (FAUSTO, 2001, p. 259; 266).

Nesse cenário Fausto (2001, p. 261) nos colocou que as características do regime, com destaque para o autoritarismo, facilitaram a ação do governo nos diversos setores, o que seria dificultado sob condições democráticas.

Com o AI-5 (criado em 1967, foi o quinto decreto emitido pelo regime militar, sendo considerado o mais abrangente e autoritário de todos os outros atos institucionais) o poder militar se concentrou nos indivíduos que estavam sob o comando dos órgãos de vigilância e repressão (FAUSTO, 2001, p. 265), sendo os pontos máximos da repressão, a censura aos meios de comunicação, as torturas, a cassação de direitos políticos, os expurgos no funcionalismo público - incluindo muitos professores universitários¹.

¹Ao final do governo do General Geisel (1974-1979), o AI-5 foi extinto, a anistia já era vista como primordial para o sucesso do processo de transição democrática, a crise financeira e o descontentamento da população, no período do fim do “milagre brasileiro”, culminou com a eclosão de diversas greves no país em 1978 (LINHARES, 2001, p. 382).

Estudantes, universidades, sindicatos, federações de trabalhadores, ligas camponesas e outras instituições foram alvo de perseguições por parte dos militares por considerá-los centros subversivos, formadores de opinião e contrários ao regime (FAUSTO, 2001, p. 258).

Na área econômica, o país crescia 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, que se estendeu de 1969 até 1973, caracterizou-se pela entrada maciça de capital estrangeiro no país (FAUSTO, 2001, p. 266), de um lado, e pelo controle dos salários (“arrocho salarial”), por outro lado, mantidos sempre abaixo da inflação (LINHARES, 2001, p. 368).

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 (FAUSTO, 2001).

Como sucessor de Médici, as Forças Armadas apontaram o General Ernesto Geisel, 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 político, com distorções nos princípios básicos das instituições militares como a hierarquia (LINHARES, 2001, p. 353).

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. 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 habitação (FAUSTO, 2001, p.269); e transformação do país num verdadeiro “quartel”, com a imposição da Lei de Segurança Nacional (LINHARES, 2001, p. 370).

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, mas também médicos, sanitaristas e outras categorias (LINHARES, 2001).

O regime militar, dessa forma, começou a esboçar sinais de fraqueza ao longo do Governo Geisel, quando o endividamento externo (comprometendo o Produto Interno Bruto - PIB) e o arrocho salarial chegaram ao seu limite (LINHARES, 2001, p. 373). Diante desses

fatos, o Presidente Geisel implementou a abertura política, de uma forma “lenta, gradual e segura”, afastando vários militares envolvidos com a tortura e corrupção (LINHARES, 2001, p. 374) e dando início ao processo de transição para a democracia.

Todas as transformações a que nos referimos, afetaram diretamente 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.

A crise do sistema de saúde passou a provocar, progressivamente, um clima de tensões e acentuada piora das condições de vida da população brasileira. Surgiram, a partir daí, propostas visando à superação do impasse da inadequação do sistema de saúde inspirados no movimento preventivista emergente nos Estados Unidos, objetivando reduzir os custos elevados da assistência à saúde (CHIANCA, 1994, p. 49).

Nesse contexto, em obediência ao disposto no artigo 156 do Decreto-lei nº 200² de 25 de fevereiro de 1967 (que propunha as diretrizes para implantação da reforma administrativa no país), 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 (BRASIL, 1973, p.11).

A implementação do SNS implicava na modernização administrativa 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 (DONANGELLO, 1979, p. 22).

Nesse sentido, a sociedade a qual nos referimos, via o corpo, antes de tudo, como agente de trabalho que eram incorporados à estrutura da produção social, sendo um

² O Decreto-Lei nº 200 de 25 de fevereiro de 1967, que dispõe sobre a organização da Administração Federal e estabeleceu diretrizes para a Reforma Administrativa, atribuiu ao Ministério da Saúde objetivos específicos, assim definidos: I- Política Nacional de Saúde; II- Atividades médicas e paramédicas; III- Ação preventiva em geral, vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; IV- Controle de drogas, medicamentos e alimentos; V- Pesquisas médico-sanitárias.

componente básico do processo global de desenvolvimento socioeconômico (BRASIL, 1973, p.17).

Quando utilizada, a saúde individual projetava-se e atuava sobre a sociedade como fonte criadora de riqueza. Ela era tida como patrimônio inalienável da comunidade, figurando entre os processos do desenvolvimento com as suas características de progressividade, proporcionalidade e contemporaneidade (DONANGELLO, 1979).

Sob este ponto de vista, Luz (1976, p. 168) nos colocou que 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.

Fortalecendo essa visão reducionista da saúde, e ampliando 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 de 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 e dos atos destinados à sua implementação (BRASIL, 1973, p. 189).

Em 1974 toda a política governamental no setor delineada, sobretudo a partir do lançamento, pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), do Plano de Pronta Ação (PPA)³, encaminhava-se exatamente no sentido de desviar a medicina assistencial, cada vez mais, para a rede privada (QUÉRCIA, 1976, p. 71).

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

³ A criação do PPA, através da portaria nº 39 de 5/10/74, significou um extraordinário aumento da cobertura médica, pois tornou a saúde pelo menos formalmente acessível aos beneficiários da Previdência Social, o que incluiu não apenas os segurados, mas também seus dependentes. Nos grandes centros urbanos isso significou um verdadeiro salto no aumento da cobertura, chegando a 80%.

mercado; apenas a Federação Brasileira de Hospitais (FBH)⁴ aplaudiu sem restrições esse plano que focalizava em seus objetivos a privatização (QUÉRCIA, 1976, p. 71).

Apesar de ter sido criada no intuito de reformular o sistema de saúde da época, a Lei 6229/1975, depois de decorrido um ano da sua vigência, não mostrou sinais de alterações substanciais no sistema que prosseguia incoordenado e caótico (MELLO, 1976, p. 24). A iniciativa privada representava um obstáculo concreto que impedia a racionalização, a adequação e a implementação do Sistema Nacional de Saúde.

Chianca (1994, p. 49) considerou a seguinte crítica 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 [...]”. Apesar da tentativa de disciplinar e organizar a atuação dos órgãos do setor público, o SNS contribuiu ainda mais para a ênfase à hospitalização, em detrimento das atividades preventivas e de atenção primária (XAVIER, GARCIA e NASCIMENTO, 1988, p. 190).

Todos esses fatores, portanto, delineavam um quadro na área da saúde com sinais de declínio e 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 (BERTOLLI FILHO, 2006).

A Medicina, no decorrer desse período, se estruturou em objetivos que se encontravam além da esfera assistencial, apresentando uma articulação com os interesses do empresariado e com a esfera político-ideológica (DONANGELLO, 1979, p. 22). Nesse sentido, as transformações políticas e econômicas, o processo de industrialização do país, o período do “Milagre econômico”, influenciaram diretamente os atores envolvidos na área de saúde e a definição de políticas nesse setor, uma vez que a produtividade do país só se efetuará com a saúde plena de seus trabalhadores.

Anteriormente, a III Conferência Nacional de Saúde, em 1963, fora um dos primeiros eventos que levantou discussões acerca da mudança do modelo de atenção em saúde no Brasil. Ela recomendou a atenção primária como ampliação do modelo de cobertura, denunciou a especialização, e o uso de uma tecnologia onerosa e sofisticada na área da saúde

⁴ Federação Brasileira dos Hospitais (FBH): órgão responsável pelo complexo médico-industrial que se formava na rede de atenção à saúde no Brasil; representava os interesses da medicina privada.

(XAVIER, GARCIA e NASCIMENTO, 1988, p. 190). Esta conferência foi apenas a primeira de uma série de eventos e fóruns que discutiriam a assistência primária à saúde.

De singular importância na década de 1970 foi a produção científica de intelectuais, professores e pesquisadores na crítica do modelo vigente, nas denúncias sobre as condições de saúde da população e na proposição de alternativas para a construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática. Essas publicações perpassavam por críticas ao centralismo autoritário do regime militar e propunham a descentralização, a universalização e a unificação como componentes essenciais de uma reforma democrática no setor de saúde (NORONHA & LEVCOVITZ, 1994).

Nesse sentido, diante da problemática exposta, torna-se relevante contextualizar a Enfermagem nesse processo marcado por transições políticas, econômicas e sociais de grande importância à sua prática; sendo necessário compreender o que esta pensava, como se posicionava e o que publicava e discutia em eventos de Enfermagem, sobre todas essas mudanças pelas quais o sistema de saúde brasileiro passou. Destacando aqui o momento da implantação do Sistema Nacional de Saúde, no qual foram projetadas propostas de reformulação do sistema, até períodos posteriores, onde a focalização na área da saúde se deu nos problemas de ordem social representado pela coletividade, e na negação e críticas à privatização.

Como sujeito fundamental de todo o processo de produção de saúde, e de atividades que a isso se relacionem, os enfermeiros vivenciaram, discutiram e influenciaram pessoas em processo de formação num período conturbado pelo qual o país enfrentou e que refletiu diretamente na área da saúde.

Assim, foram investigados o XXIX Congresso Brasileiro de Enfermagem, que ocorreu em Santa Catarina em outubro de 1977, e teve como um dos temas oficiais “A situação de saúde no país - Implicações para a Enfermagem”; o XXX Congresso Brasileiro de Enfermagem, que ocorreu no Pará em julho de 1978, que teve como tema oficial “A Enfermagem e o Sistema Nacional de Saúde”, o XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem, em 1979 no Ceará em que se discutiu “Os desafios da enfermagem brasileira” e o XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem, no ano de 1980 em Brasília, que apresentou como tema oficial “A Enfermagem e a Previdência Social”.

Diante do exposto, as questões a que nos propusemos elucidar foram:

- Quais as condições de reformulação e operacionalização do Sistema Nacional de Saúde na década de 1970?

- Como a produção científica dos (as) enfermeiros (as) abordou o Sistema Nacional de Saúde nas publicações oficiais da Associação Brasileira da Enfermagem, num período do governo militar (1977-1980)?

1.1 Objetivos

E para operacionalizar a pesquisa definimos os seguintes objetivos:

- Descrever as circunstâncias em que se deu a proposta de reformulação e operacionalização do Sistema Nacional de Saúde;

- Analisar os conteúdos relativos ao Sistema nacional de Saúde nos anais dos Congressos Brasileiros de Enfermagem no período de 1977-1980;

- Discutir os efeitos da produção científica na construção de um saber em enfermagem acerca do Sistema Nacional de Saúde na década de 1970.

1.2 Justificativa

O estudo insere-se na linha de pesquisa: O Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil tem como eixo temático: Influências das políticas de saúde na configuração da Enfermagem de saúde pública no Brasil no século XX - demandas e tendências, elaborado e desenvolvido junto ao Laboratório de Pesquisa em História da Enfermagem (Laphe) que possibilitará o registro e resgate histórico acerca da produção científica dos enfermeiros no período de 1977-1980, tendo em vista a existência de poucos registros que venham qualificar esses acontecimentos na memória coletiva da Enfermagem Brasileira.

Além disso, poderá contribuir para novos 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. Nesse sentido, revisitar essas produções pode propiciar outras interpretações sobre a época, sob o olhar da enfermagem, sobre os modos de pensar, cuidar, agir e ser em saúde.

Entendendo que o processo de incorporação, construção, avaliação e difusão do conhecimento se apresentam como uma das possibilidades para o desenvolvimento de competências e do saber da profissão, acreditamos que o estudo possa vir a contribuir na área da temática proposta, difundir o conhecimento produzido pela enfermagem, assim como, também, apontar um outro olhar para o entendimento das relações que se estabelecem com relação à construção do conhecimento científico enquanto um produto social.

Assim, o estudo da história da profissão é parte de um processo pessoal e subjetivo de construção de identidade profissional; e ainda ajuda a entender a influência de acontecimentos passados e a participação política da Enfermagem nos movimentos de discussão das políticas de saúde e seus desdobramentos na evolução de sua prática social.

1.3 Referencial teórico-metodológico

Para embasar as análises e compor o corpo teórico desta pesquisa foram considerados três autores, dentre eles Bruno Latour, filósofo francês que contribuiu com alguns elementos conceituais da Teoria Ator- Rede (TAR); Sérgio Arouca, médico sanitário, que foi inserido nesse estudo para trazer os conceitos da Medicina Preventiva; e Maria Cecília Puntel de Almeida, enfermeira, que descreveu em sua tese o saber de Enfermagem.

Ao abordar conceitos desses três autores, utilizamo-los em caráter de complementaridade, tendo em vista a diversidade de visões de mundo contida nos conceitos supracitados, eleitos para sustentar esse referencial teórico, evitando, assim, uma interpretação que conduzisse a uma aplicação eclética e pouco adequada na discussão dos dados.

A TAR, de Bruno Latour, trata da mecânica do poder - nesse caso a construção do conhecimento, representada pela produção científica da Enfermagem nos anais dos Congressos Brasileiros de Enfermagem. A TAR “(...) é antes de tudo um método, um caminho para seguir a construção e fabricação dos fatos que teria a vantagem de poder produzir efeitos que não são obtidos por nenhuma teoria social” (LATOURE, 2004, p.397).

Latour delimita como ator tudo que age, que deixa efeito no mundo, podendo se referir a pessoas, instituições, coisas, animais e objetos. Nesse estudo, os atores foram os enfermeiros que produziram e publicaram um conhecimento específico, além dos anais dos Congressos Brasileiros de Enfermagem, que, por causarem um efeito ou uma marca naqueles que os lêem, também foram considerados atores.

Ainda definimos como atores as inúmeras entidades relacionadas à Enfermagem, como sindicatos, conselhos de classe, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) e seus órgãos de divulgação (Revista Brasileira de Enfermagem –REBEN- e Congressos Brasileiros de Enfermagem); além dos atores envolvidos nas discussões e lutas pela redemocratização do sistema de saúde brasileiro, representado pelos médicos sanitários, Instituto de Medicina Social (IMS), Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), dentre outros que figuraram como personagens importantes no cenário da saúde brasileira - construindo ou tecendo críticas ao SNS e à política de saúde brasileira de uma forma geral, dentro do período estudado.

Ao analisar o conhecimento produzido pelos enfermeiros acerca do SNS podemos observar e compreender o movimento realizado pela Enfermagem enquanto ator e a

diversidade de conexões e contextos que se estabeleceram com o objetivo de construir um determinado tipo de conhecimento. O conhecimento produzido foi corporificado de várias formas materiais, sendo o produto final resultante de elementos heterogêneos que, uma vez justapostos, compuseram uma rede.

O conceito de rede, para Latour, nos remete a pensar numa lógica de conexões, fluxo, circulações, alianças. Nela, todas as transformações no campo político, econômico e social são representadas por um “todo” complexo, um sistema macro, que entrelaçado, rodeado por estruturas menores, agem influenciando o conjunto, nas quais os atores envolvidos interferem e sofrem interferências constantes, tendo a rede a capacidade “de crescer para todos os lados e direções, sendo seu único elemento constitutivo o “nó” de onde partem as diversas conexões [...]” (SIDRONIO, 2006, p. 38).

O conceito de rede foi adotado como um dos elementos conceituais, partindo-se da premissa que estava estabelecida uma ampla e complexa rede composta de elementos animados e inanimados conectados entre si e agenciados (MORAES, 2004, p.323). Os elementos constitutivos dessa rede não são estáveis, previsíveis, mas sim, elementos naturais ou sociais (tendo em vista que a ciência é formada pelo sujeito – representado pela sociedade e pelo objeto - representado pela natureza) que podem redefinir sua identidade e suas relações, reconfigurando novas redes (MORAES, 2004).

A Enfermagem, através da atividade de pesquisa, estabelece um compromisso social de construção de conhecimento, quer através de investigação dos fatos do seu cotidiano profissional, de indagações teórico-filosóficas, quer de sua organização profissional que respaldam a assistência e a docência, contribuindo, assim, no estabelecimento de novas redes.

Barreira (1999, p. 89) nos colocou que:

[...] a produção de conhecimento é uma prática social e, portanto, carregada de valores e também sujeita às injunções que condicionam o trabalho dos historiadores, homens e mulheres de seu tempo e que falam de um determinado lugar social com determinada visão de mundo [...].

Dessa forma, o saber produzido pela Enfermagem emergiu das questões de sua prática e cotidiano profissional, o que nos levou à associação entre o fazer e o processo de construção de conhecimento. Fez-se importante a compreensão do saber produzido frente aos modelos assistenciais e às políticas de saúde, sendo recente na enfermagem esse olhar crítico, o refletir sobre este processo de construção de conhecimento.

Ao colocarmos o SNS, o regime militar, a Enfermagem e seus modos de ser, de ensinar Enfermagem, as publicações, os sanitaristas, como atores, estamos querendo dizer que

são entidades que mutuamente se influenciaram, uma vez que as variáveis do contexto social e político-econômico estiveram diretamente ligadas a esses elementos (MORAES, 2004).

Assim, as redes se estabeleceram, no caso desse estudo, dentro dos Congressos Brasileiros de Enfermagem, quando ocorriam trocas de experiências, estabelecimento de relações entre os elementos participantes, e ainda, compunham redes os discursos dos conferencistas, tendo em vista que estes se utilizaram de outros atores/autores para fundamentarem suas idéias. Portanto, várias redes foram sendo configuradas no campo da Enfermagem e entre seus atores.

O conhecimento, resultante da interação dos elementos dessa rede, para Latour (2000), se desenvolveria através dos interesses da cultura num contexto social, político e econômico - desde seu surgimento até sua sustentação, num processo de acumulação.

Nesse processo, a construção de um fato seria um processo coletivo onde as informações iam se transformando à medida que novos elementos fossem acrescentados, seus domínios modificados e os argumentos fortalecidos e incorporados a novos contextos (LATOUR, 2000, p. 171, 361).

Se definirmos conhecimento como familiaridade com eventos, lugares e pessoas que são vistos e revistos muitas vezes, então o estrangeiro será sempre o mais fraco, exceto se, por algum artifício extraordinário, tudo o que lhe acontecer estiver ocorrendo ao menos pela segunda vez; se as ilhas onde ele nunca aportou já tiverem sido vistas e atentamente estudadas [...] (LATOUR, 2000, p. 356).

[...] mas ele é, sim, o primeiro, que, num relance, considera o céu de verão, mais suas próprias observações, mais as de seus colaboradores, mais os livros de Copérnico, mais as muitas versões do *Almagesto de Ptolomeu*; é o primeiro que se situa no começo e no fim de uma vasta rede que dá origem àquilo que chamarei de móveis imutáveis e combináveis (LATOUR, 2000, p. 368).

Nesse sentido, o processo de acumulação pode ser definido como a familiaridade que temos com um evento, lugares, pessoas que são vistos e revistos muitas vezes, podendo ser definido como conhecimento no qual um ponto, ou seja, um evento se transforma num centro. “Mais uma vez começará a descortinar-se um ciclo cumulativo se todas as observações feitas em lugares e momentos diferentes forem reunidas e expostas sinopticamente” (LATOUR, 2000, p. 368).

Um processo de acumulação de conhecimento, assim, se desenvolveria com a participação de vários elementos, cada qual com a sua contribuição e importância. No caso da Enfermagem, no decorrer da década de 1970, a introdução das Ciências Humanas e Sociais entre as disciplinas dos cursos de pós-graduação levou à construção de um conhecimento

multidisciplinar onde se acumularam experiências e conhecimento advindos das mais variadas áreas.

Dentro dessa linha de pensamento, no campo da Medicina, houve o despertar das idéias que associaram a saúde às Ciências Sociais, que teve o sanitarista Sérgio Arouca⁵, na década de 1970, como seu principal idealizador. Arouca propôs uma nova forma de olhar a saúde, o ensino médico, e a assistência prestada ao indivíduo, baseado nos conceitos da Medicina Preventiva, contidos em sua tese de doutorado, denominada “O Dilema Preventivista”, um marco na saúde pública brasileira.

As questões da saúde, após a tese de Arouca, ganharam uma dimensão social, através da aproximação destas com a Medicina Social, abordando os problemas de saúde e relacionando-os com o modo de vida do indivíduo/comunidade. Até então, essas discussões não eram levantadas em escolas médicas, uma vez que o modelo clínico predominava, e não havia disciplinas de Ciências Sociais nas universidades.

O conhecimento médico existente não dava conta de resolver as questões que emergiam no campo da saúde, e não possuía subsídios para discutir a problemática pelo qual esta passava, caracterizada por gastos elevados (que sustentava a medicina privada detentora dos recursos assistenciais); além de quantitativo insuficiente de serviços que atendessem toda a demanda da população (AROUCA, 2003, p. 35).

A necessidade de rever essas questões deu origem à Medicina Preventiva, disciplina do ensino médico que surgiu como corrente ideológica na Inglaterra, se disseminou para os Estados Unidos e Canadá, e, posteriormente, após a Segunda Guerra Mundial, alcançou os países da América Latina e Brasil, por meio de seminários patrocinados por agências internacionais. Foi se constituindo, assim, como uma reorganização do conhecimento médico, através de um novo discurso, como um projeto de mudança da prática médica, através da formação de um profissional com atitude, que estivesse relacionada à comunidade, com os serviços públicos de saúde, com a promoção e proteção da saúde do indivíduo e família, de forma integral; buscando superar a exclusão da assistência à saúde de significativa parcela da população (AROUCA, 2003, p. 250).

A Medicina Preventiva, segundo Arouca (2003) foi proveniente da Higiene, ao restabelecer as idéias da cultura higiênica no cuidado médico. Representou uma leitura liberal e civil dos problemas crescentes dos custos da atenção médica que predominava, baseado no modelo curativo, mantendo a organização liberal da prática médica e o poder médico. Além disso, surgiu como uma proposta teórica como solução para a chamada crise do setor saúde,

que se caracterizaram por propostas empíricas e ideológicas de mudanças de uma dada realidade. Justificou-se ainda, segundo Amâncio e Quadra (1977, p. 20) pelo fato das principais necessidades de saúde populacional estarem muito afastadas do aparelho formador de recursos humanos em saúde.

Trouxe como conceitos básicos a História Natural das Doenças, o processo saúde - doença, assumindo a teoria da multicausalidade. “Qual é a idéia de consciência sanitária? É que a pessoa saiba a que riscos está submetida e como enfrenta-los, e que possa transformar essa ação de cidadania em ação coletiva de mudança” (AROUCA, IV Congresso Interno da Fiocruz, 2002 *apud* BUSS, 2003, p. 267). Dessa forma, a noção de “causa” da medicina positivista que adotava uma visão unicausalista da determinação das doenças, foi substituído pela multicausalidade, cuja idéia se referia a uma rede de fatores causais.

A medicina preventiva assume, dentro da história natural das doenças, duas dimensões de causalidade: a epidemiológica, enquanto determinação do aparecimento das doenças, e o critério fisiopatológico, enquanto a evolução das mesmas (AROUCA, 1976, p. 17).

De acordo com os conceitos da História Natural das Doenças, a doença resultaria da interação de fatores do ambiente e do próprio sujeito, sendo resultante de uma sucessão de eventos múltiplos, ou seja, interação agente-hospedeiro-ambiente. O homem, portanto, encontrar-se-ia exposto todo o tempo a fenômenos que poderiam interferir negativamente sobre sua saúde, e uma forma de impedir que as interferências externas alterassem seu estado de saúde, seria adotando medidas preventivas. Para que o processo de desenvolvimento das doenças fosse interrompido, a Medicina Preventiva atuaria nas diversas fases do processo saúde-doença, prevenindo as causas das enfermidades e mantendo o equilíbrio da saúde (AROUCA, 2003, p. 36).

No modelo original de Leavel e Clarck, o social participaria simultaneamente como fator causal, interagindo o hospedeiro ao seu meio ambiente (AROUCA, 1976, p. 18).

A história natural das doenças definiria um espaço caracterizado, segundo Arouca (1976, p. 16) por uma:

[...] ruptura do equilíbrio do hospedeiro, submetido a fatores determinantes de enfermidades, e envolvido pela capa misteriosa do ambiente. O aparecimento das doenças está determinado neste primeiro momento, pela relação estabelecida entre os três elementos: o homem, o ambiente e os fatores determinantes das doenças [...] nestas relações, os homens - os agentes- são vistos como os pratos de uma balança e o ambiente como fiel da mesma, interferindo em que sentido a balança se inclinará.

O processo saúde-doença redefinia o discurso médico com os conceitos ecológicos, trazendo a aproximação da Medicina com o ambiente. A idéia de causação, acreditando que os fatores socioeconômicos do indivíduo teriam efeito direto sobre o surgimento da doença, no qual pobreza e saúde são diretamente relacionados, permeava o discurso preventivista (AROUCA, 2003, p. 125).

Arouca chamava a atenção ainda para a influência exercida pelos avanços tecnológicos sobre a comunidade. À medida que mais produtos e sofisticação tecnológica apareciam no mercado, mais sujeita às alterações no estado de saúde estava a comunidade, uma vez que crescia o problema das doenças crônico-degenerativas, e novos riscos para a saúde. Isso criava uma nova demanda sobre médicos, hospitais e serviços em geral; a Medicina Preventiva, nesse aspecto, surgiria e se desenvolveria no sentido de minimizar toda essa problemática, se adaptando às novas necessidades e demandas em saúde (AROUCA, 2003, p. 127).

A Medicina Preventiva viria, então, na busca de definições para o quadro que se apresentava na área da saúde, e que, até então, não havia sido explicado ou interpretado por outras disciplinas. Foi o que constatamos no discurso de Anamaria Trambellini Arouca, (1976, p. 20):

Estamos assumindo que, ao delinear uma “crise” no setor saúde, a ausência de um quadro teórico que dê conta desta “crise” gera posições que, mantendo um distanciamento da teoria, constituem-se num conjunto desordenado de experiências empíricas que não colocam problemas ao conhecimento (e portanto à ciência), mas sim exigem constantemente o surgimento de novas posições [...] entendemos que é justamente neste encontro entre técnicas e ciências que se situa um espaço a ser trabalhado, que possibilita o encontro de quadros explicativos para a crise, bem como o encontro de modelos alternativos.

Desta forma, a sociedade capitalista estimulava o consumo de serviços e equipamentos nos serviços de saúde, o que retroalimentaria o processo produtivo e as empresas. Sobre a sociedade capitalista, e as conseqüências do processo de ampliação do regime do capital aos setores sociais, Arouca (2003) colocou:

A sociedade capitalista cria dois tipos de necessidades: o primeiro, que são aqueles conjuntos de necessidades que devem se constituir em consumo para a produção industrial, permitindo a realização da mais-valia, e o segundo, como sendo aquele de necessidades decorrentes do próprio funcionamento do sistema, como as doenças carenciais, mentais, a violência, ocupacionais etc. Assim, a produção cria não somente o consumo produtivo, mas também uma necessidade que não se realiza, ou seja, que não consome nem é consumida no processo produtivo.

Arouca analisou as relações entre a prática discursiva da Medicina Preventiva e suas relações com o modo de produção. Nesse sentido, necessidades foram geradas no interior de uma formação social, e não foram resolvidas. Ele quis situar a Medicina como uma prática social, dentre muitas outras.

Para superar a crise da saúde, dessa forma, Arouca propôs uma prática teórica que permitisse analisar os fatores determinantes da crise do setor saúde, e uma prática política que levasse às mudanças necessárias. Esta última seria concretizada no Movimento de Reforma Sanitária nos anos de 1980.

Todavia, nesse cenário pensado e idealizado para exercício de uma medicina mais atenta aos problemas sociais, tínhamos um novo ator, representado pelo médico, novos problemas relacionados ao campo da saúde para serem refletidos e solucionados (problemas advindos das novas relações sociais estabelecidas pelo novo ator e pela nova ideologia), porém no mesmo espaço físico e estrutura social anteriormente existente, o que nos trouxe a concepção de que as mudanças que o ideário preventivista almejava eram principalmente subjetivas, ou seja, calcadas na atitude médica, conceitos e valores, na reorganização do pensamento, e, por fim, na consolidação de uma consciência sanitária. Essas idéias foram reforçadas por Fleury (2003, p. 243) ao trazer a idéia da redefinição das responsabilidades médicas, que se efetuariam por meio de uma consciência sanitária, de forma a modificar seu trabalho e conseqüentemente a organização da prática médica e a estrutura social, que caracterizariam mudanças de atitude e de comportamento.

Portanto, a Medicina Preventiva não viria redefinir a questão do poder médico, ou sugerir alterações na estrutura física dos serviços de saúde, mas sim instigar no meio acadêmico uma reflexão acerca do modelo de saúde vigente, seus elevados custos, e a visão reducionista do mesmo, propondo uma consciência sanitária entre os profissionais médicos, que valorizasse o entorno, o contexto e os problemas de saúde individuais e coletivos.

Ao campo de tensões verificado na área da saúde, que congregava a existência do poder médico na relação médico-paciente e com os demais elementos da equipe multiprofissional, a Medicina Preventiva surgiu para redimensionar as responsabilidades do médico, ampliando seu papel social, por meio de uma relação de dupla função: reduzir os custos da atenção médica e melhorar as condições de vida da população. Para tal, medidas preventivas foram incorporadas ao cuidado, satisfazendo as necessidades de determinados grupos sociais, tais como: puericultura, pré-natal, exames periódicos de saúde, que foram inseridos na prática médica e exercidos por várias especialidades (AROUCA, 2003, p. 238).

Como atores/sujeitos do discurso preventivista, estavam os Departamentos de Medicina Preventiva das universidades, principalmente os de São Paulo (AROUCA, 2003, p. 116) os médicos sanitaristas, toda a literatura e produção científica publicada em revistas de Saúde Pública das décadas de 1960, 1970 e 1980, que abordaram a temática das políticas de saúde brasileira, contribuindo para a construção de um corpo de conhecimentos bastante sólido a respeito das políticas de saúde brasileiras.

Isso contribuiu para que Arouca lançasse as bases teóricas para a organização de um movimento pela Reforma Sanitária, que se tornou realidade política na década de 1980.

A Medicina Preventiva, dessa forma, pautava-se em três tipos de prática: discursiva, a ideológica e a empírica experimental. A primeira dizia respeito à fundamentação e organização de seu movimento, que contou com a Pedagogia, Sociologia, Ecologia, sistematização e relatos de experiências, padronização de atividades, sendo, portanto, complexo e multidisciplinar. Já a prática ideológica estava relacionada ao nível educacional, ou seja, à formação de uma consciência preventiva nos estudantes de Medicina, o que se daria por meio de alterações nas formas de ensino.

E a prática empírica experimental, na qual a tentativa de construção de um espaço controlado, onde modelos de demonstração da Medicina Preventiva tinham como atores médicos e a população (AROUCA, 2003, p. 241).

Percebemos, desse modo, que a Medicina Preventiva idealizada e proposta por Arouca, envolveria mudanças de atitude médica, na estruturação do ensino/aprendizado e sua prática nos serviços de saúde; além de articulação de conhecimentos, numa abordagem multidisciplinar, para possibilitar a compreensão social do processo saúde-doença.

Portanto, constituiu-se como um campo de conhecimentos específicos, em que não somente a atenção sobre a doença foi considerada, como também todos os aspectos relacionados ao seu aparecimento; surgiu, nesse sentido como um novo campo de saber da Medicina, do qual a Enfermagem viria a se apropriar posteriormente, conforme pensamento da enfermeira Maria Cecília Puntel de Almeida⁶(1989).

Para auxiliar a identificação do tipo de produção científica que foi produzida nas conferências dos congressos, utilizamos o conceito de saber de Almeida (1989).

Assim, o saber seria considerado o instrumental que a Enfermagem utiliza para a realização de seu trabalho; e que é possível através do ensino da Enfermagem. Examinar a constituição do saber em Enfermagem, a delimitação dos seus domínios de conhecimento e as relações deste saber com as transformações históricas da prática de Enfermagem, nos levou a

compreender que o saber emerge da prática (ALMEIDA, 1989, p.27); ou seja, os conteúdos das publicações de Enfermagem acompanharam o desenvolvimento das políticas de saúde e, conseqüentemente, estiveram atreladas ao embate de modelos curativo x preventivo.

Assim, Almeida (1989, p. 27) colocou que a constituição do saber em Enfermagem referiu-se à acumulação de conhecimentos reconhecidos pela comunidade técnico-científica, como também aqueles oriundos do senso comum, de caráter não científico. Dessa forma, considerar os dois aspectos valorizava a prática de Enfermagem numa visão totalizante, e não somente linear científica.

A instituição que se apropria e reproduz este saber é a escola; assim sendo, para a reconstituição do mesmo, serviram de fonte de dados principalmente os textos didáticos, artigos de periódicos, relatórios de grupos de estudo, de congressos, depoimentos de enfermeiras, contatos com o pessoal de saúde e outros e a própria vivência profissional do autor (ALMEIDA, 1989, p. 27)

Essa fala nos permite uma associação ao processo de acumulação de conhecimento, demonstrada por Latour (1994), que produz um saber específico em cada área; saber este oriundo da articulação de outros conhecimentos, corporificados das mais variadas formas.

Almeida (1989, p. 27) considerou como saberes de Enfermagem os procedimentos técnicos, os princípios científicos e as teorias de Enfermagem, representando, pois, quase que a totalidade do saber de Enfermagem. As técnicas, portanto, seriam um instrumento do saber, compostas ou definidas através de um conjunto de conhecimentos.

Houve uma época, que teve seu auge nas décadas de 1930 e 1940, que a Enfermagem enfatizou as técnicas como área importante de seu saber, uma vez que o ensino estava voltado para seu aprendizado, e grande parte das produções científicas se referiu a textos sobre técnicas (ALMEIDA, 1989, p. 35).

O saber de enfermagem da década de 1950 procurou delinear-se buscando uma fundamentação para as técnicas de Enfermagem, e esta fundamentação é chamada científica e tem suas bases nas ciências naturais (anatomia, fisiologia, microbiologia, patologia) e também nas ciências sociais (ALMEIDA, 1989, p. 61).

Dessa forma, o saber da Enfermagem procurou a aproximação com o saber da medicina para tornar-se científico. O ensino estava vinculado às especialidades médicas; ou seja, um saber que buscou em outras áreas do saber conhecimentos para organizar suas bases teórico-científicas, prevalecendo os da área biológica (ALMEIDA, 1989, p.62).

Almeida (1989, p. 81) defendeu a idéia de que é do trabalho, ou seja, da prática, que emergem os elementos constitutivos do saber, é através das relações técnicas e sociais que são estabelecidas no trabalho, sejam com o doente ou com a equipe, que está a essência do saber

em Enfermagem, sendo a escola a instituição que conserva e transmite-o, formaliza-o, universaliza-o, reproduzindo-o na busca de autonomia e neutralidade científica.

Portanto, o saber não seria uma instância abstrata, neutra, desvinculada da prática, sendo uma dimensão desta prática. “Ele vai se compondo e se organizando pelo comando da prática” (ALMEIDA, 1989, p. 36).

A partir desses conceitos, percebemos a dificuldade em desvincular prática de ciência, uma vez que a Enfermagem e sua produção científica surgiram do objeto de trabalho da Enfermagem, o cuidado, este puramente técnico e prático.

Nesse sentido, quando a Enfermagem constitui um corpo de conhecimentos ela se constituiu como ciência. As teorias da década de 1970 vieram dar uma resposta à crise que a prática de Enfermagem vinha enfrentando (ALMEIDA, 1989, p. 104). Nesse campo, até 1960 os conhecimentos eram oriundos dos campos da Biologia, Fisiologia, Medicina; e a partir da década de 1970, houve uma ênfase nos aspectos comportamentais e das relações humanas; ou seja, a Psicologia, Antropologia, Sociologia, Ecologia, emprestaram seus elementos e conceitos para que fosse possível um novo campo de conhecimentos de Enfermagem, alicerçado nas teorias de Enfermagem. Aspectos relevantes das ciências sociais, como função, papel, ação social, foram a base do conhecimento.

O saber relativo aos princípios científicos das ações de Enfermagem e das teorias mostrou que a Enfermagem foi buscar em outras áreas do saber conhecimentos e teorias para fundamentar sua prática, ou seja, teorizar seus conhecimentos. Isso significou que a Enfermagem foi caracterizada como uma prática social, porém atrelada às demais práticas da saúde; reforçando a idéia de que o saber que sustentava a Enfermagem estava ainda em desenvolvimento.

Um novo conhecimento se originou, que foi a síntese de outros conhecimentos, mas que não foi uma ciência específica e originada na Enfermagem” (ALMEIDA, 1989, p. 107). “O saber da Enfermagem sempre esteve muito próximo da medicina; seus limites são irregulares e até sobrepostos. Isto tem dificultado a compreensão do que seja a Enfermagem, e sua conceituação ainda é um campo em debate [...]” (ALMEIDA, 1989, p. 105).

As relações políticas, ideológicas e econômicas sempre influenciaram a prática e a proposta de trabalho (objeto de trabalho) das enfermeiras, uma vez que somente o cientificismo técnico não era o suficiente no comando das ações de Enfermagem.

Para Almeida (1989, p. 121),

[...] a participação técnica e política no processo de transformação da saúde é um dos meios geradores de saberes na saúde e na Enfermagem, possibilitando a legitimação dos espaços sociais dos agentes para a real cobertura de saúde da população [...].

Segundo a autora, a Enfermagem do período estudado passou por uma fase em que sua força de trabalho era dirigida ao corpo, no intuito de se ajustar à medicina do capital, cujo *locus* centrava-se no hospital (ALMEIDA, 1989, p. 11). Contudo, com as novas exigências do mercado, a prática de Enfermagem foi se tornando complexa e a ela foi-se incorporando novos conhecimentos e técnicas, contribuindo assim para o desenvolvimento e aprofundamento do trabalho da Enfermagem, reproduzindo assim, um saber do setor saúde.

A autora questionou se existia um saber autônomo da Enfermagem e afirmou que existiu, sim, o desenvolvimento de uma intelectualização da profissão, que se consolidou através da criação de cursos de especialização, mestrado, doutorado, especialmente na década de 1970 (ALMEIDA, 1989).

Na Enfermagem, especificamente, o início da década 1970, representou um período caracterizado pela busca de sua afirmação e reconhecimento social, pois se originou nesse momento a pós-graduação *stricto sensu* (ROCHA, ALMEIDA, WRIGHT E VIEIRA, 1989).

Paralelamente, no mesmo período em que foram constituídos e implementados os cursos *stricto sensu* em enfermagem, surgiram as teorias de Enfermagem, na década de 1970, como forma de, como aponta Almeida (1986, 87), “[...] construção de um corpo de conhecimentos específicos da enfermagem [...]”, apesar de serem a expressão do saber em Enfermagem, os princípios e as técnicas continuavam presentes na expressão desse saber.

Por outro lado, através dos cursos de pós-graduação esperava-se que ocorresse a consolidação da produção científica da Enfermagem no sentido de melhor difundir sua prática, bem como em consubstanciar a mesma e o ensino a ser desenvolvido (ALMEIDA, 1989, p. 8). No entanto, a mencionada autora especifica que a Enfermagem em busca de sua cientificidade, aproximou-se do saber médico. Tal consideração encontra-se presente de forma muito marcante até os dias atuais.

A Enfermagem, nesse sentido, na busca de reconhecimento pelo saber produzido, e na validação desse conhecimento no campo científico, se remeteu aos seus colegas (da comunidade científica) e à rede que o constituiu, formada pelas instituições de financiamento, rivalidades, mídia, periódicos de divulgação científica, mercado consumidor (MORAES, 2004).

Desse modo, podemos considerar as informações contidas e divulgadas nos anais de congressos, de modo a caracterizá-las como conhecimento, uma vez que passaram pela validação e “aprovação” da comunidade científica de Enfermagem, que as reconheceu e legitimou como tal.

Nesse sentido, para Weitzel (2006, p.83) o processo de acumulação de conhecimento, envolveria a troca de informações, que por sua vez, fomentaria novos conhecimentos através do processo de acumulação e a divulgação desse conhecimento de uma forma durável e acessível.

Dessa forma, a rede da comunicação científica foi se articulando na medida em que pessoas e instituições foram se relacionando, comunicando-se, compartilhando idéias, comportamentos, conhecimentos, ao passo que, no final, tinha-se a imagem de uma rede que representava a sociedade composta de sub-redes que se emaranhavam, a exemplo de modelos de formas naturais, como rede de pesca, teia de aranha, trama aberta de um tecido, a rede de neurônios... Os pontos de união ou interseção entre os componentes que compõem a rede eram os chamados “nós”, e constituíam seus elos (WEITZEL, 2006, p.117).

Dessa maneira, temos a idéia de que onde quer que encontremos comunidades de organismos, podemos observar que eles estão sempre arranjados à maneira de rede. Existem as redes formalmente organizadas (“fechadas”) e as redes abertas, que ocorrem independente da percepção de cada componente.

Como exemplo de redes abertas temos o modelo da ferrovia que é ao mesmo tempo, local e global; onde há caminhos contínuos que transportam do local ao global desde que se pague o preço das baldeações (LATOURET, 1994, p.115). Isso significa que muitas vezes, para sair de um ponto e chegar a outro, temos que passar por outros tantos, estabelecer relações com os diversos pontos da rede. É o que ocorre no processo de criação das conferências e discursos, no compartilhamento de informações científicas que se estabeleceram em congressos e demais atividades que envolveram profissionais de saúde, políticas de saúde, contexto social e político-econômico.

No caso do SNS, política de saúde, “nó” do qual ou para o qual convergiram os elementos da rede - atores, tínhamos um padrão de rede aberta onde os componentes se organizavam em rede sem saber que assim o faziam, num processo onde o “macro” (política de saúde em nível central) se constituía como linha central. Desta, emergiram o fluxo de ações, interesses, vínculos, informações, normatizações de uma forma espontânea fazendo a

rede funcionar, as relações fluírem, a comunicação surgir (WEITZEL, 2006, p.119). A estrutura geral e as posições dos atores nessas redes moldaram suas ações e estratégias.

Já nas redes sociais formais existe uma intenção explícita de interligação de pessoas e/ou entidades cujo preceito básico é a horizontalidade. Um exemplo dessa forma de organização de rede foram os eventos profissionais onde houve discussões de temas relacionados e de interesse de uma determinada classe profissional, que tiveram como principal representante os Congressos Brasileiros de Enfermagem. Nesses, houve a participação consciente de seus membros reunidos com objetivos pré-estabelecidos. Se esta rede não se alimentasse e retroalimentasse, ela se desfaria. Se por outro lado seus membros a fortalecessem com discussões, encontros periódicos, esta tenderia a crescer cada vez mais, ou seja, todos os seus membros a fariam funcionar. A rede, portanto, seria a soma dos seus usuários, cuja interação contribuiria para o progresso da ciência, utilizando como meio a comunicação, principal responsável pelo crescimento e fluxo do conhecimento.

Foi a partir desses conceitos que selecionamos os Anais dos Congressos Brasileiros de Enfermagem para representarem o saber da Enfermagem produzida à época estudada e que se referiram ao SNS e à situação da saúde e da Enfermagem no país. Nesse âmbito, quando um fato, uma informação, é mostrado à sociedade, há uma redefinição de valores, uma nova forma de pensar as questões relativas à Enfermagem e à saúde no Brasil, sempre tendo como foco a política de saúde.

1.4 Procedimentos metodológicos

Trata-se de um estudo histórico-social, com base na pesquisa bibliográfica que utilizou a análise documental como técnica de pesquisa.

A análise documental, para Gil (1999, p. 66) diz respeito a uma técnica em que as fontes utilizadas, os documentos, ainda não sofreram tratamento analítico (chamados documentos de primeira mão, que são: documentos oficiais, reportagens de jornal, cartas, contratos, diários, filmes, fotografias, entre outros). Ou ainda aqueles documentos que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa. Essa técnica se difere da pesquisa bibliográfica somente pela natureza das fontes.

Para caracterizar as fontes do estudo, identificamos como primárias aquelas representadas pelos documentos autênticos, que não foram modificados ou sofreram recortes

de redatores (ECO, 2002, p. 39). Nesse caso, um livro, por exemplo, em sua edição original é considerado como fonte primária.

Já as fontes secundárias, ou de segunda mão, representam, para Eco (2002, p. 35), os livros, textos ou artigos que o pesquisador utiliza para crítica dos dados, auxiliando a discussão dos dados. Ou seja, fornecem informações complementares ao que já foi publicado, geralmente escrito por inúmeros autores (GIL, 1999, p. 84).

Dessa forma, a partir desses conceitos, agrupamos os documentos utilizados nesse estudo de acordo com as características das fontes em:

Fontes primárias- Anais do XXIX, XXX, XXXI e XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem (1977, 1978, 1979 e 1980). Documento intitulado “Política Nacional de Saúde” elaborado pelo Ministério da Saúde, em 1973, e justificado pela relação temática e pela continuidade deste conteúdo para com o SNS. E ainda publicações da REBEN da década de 1970, tendo em vista que refletiram o pensamento das enfermeiras da época acerca das políticas de saúde.

Como critérios de seleção dos Anais dos congressos, foram selecionados aqueles que abordaram discussões acerca do SNS, da situação da saúde e da Enfermagem no país. A seleção de tais temas se deu com a leitura dos títulos das conferências dos anais, sendo considerados aqueles que fizessem referência a um desses assuntos, e, logo após, uma leitura flutuante das conferências na busca de convergência com os temas escolhidos.

Durante a análise dos temas discutidos nos congressos foram considerados os discursos de abertura e encerramento realizados pela presidente da ABEN, incluindo também os temas apresentados pelos conferencistas.

Foram inseridas notas de rodapé no decorrer das seções se referindo aos atores/autores que participaram dos Congressos Brasileiros de Enfermagem, com a devida caracterização dos mesmos.

Fontes secundárias- Produção científica nas temáticas de: História da Enfermagem, Saúde Pública, Políticas de Saúde e 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. O estudo das políticas de saúde afirma-se como uma abordagem eminentemente qualitativa ao se considerar, segundo Minayo (1995, p. 06), a saúde como um fenômeno e um processo social de alta complexidade e significado cultural.

Para auxiliar o tratamento dos dados utilizamos como técnica a análise temática, com recorte do texto em unidades comparáveis, denominada categorização. Inicialmente foi feita uma leitura flutuante dos sumários dos anais dos Congressos Brasileiros de Enfermagem, da década de 1970 e início da década de 1980, para estabelecimento do *corpus* documental. Dessa forma foram excluídos os anais cujas conferências não abordaram o Sistema Nacional de Saúde, ou a crise da saúde brasileira.

Para Minayo (2008, p. 317-318) a categorização se refere a uma operação classificatória, onde palavras e/ou expressões serão organizadas pelo seu significado, ou analogia, num processo denominado redução do texto; ou seja, o texto ou documento de análise é recortado em unidades de registro, para agregação e classificação dos dados, dando origem às categorias, que representam a especificação dos temas.

As categorias são, portanto, para Bardin (2008, p. 145-146) classes, que reúnem um grupo de elementos sob um título genérico agrupados em razão das características comuns desses elementos. A categorização tem por finalidade fornecer uma representação simplificada dos dados brutos, que passam a dados organizados, e comporta duas etapas: o inventário, no qual os elementos são isolados; e a classificação, etapa onde os elementos são repartidos, ou organizados.

No caso desse estudo, as categorias foram originadas após leitura do *corpus* documental, ou seja, elas só existiram à medida que os elementos análogos foram sendo identificados, reconhecidos e classificados por temas, sempre tendo a peculiaridade de se referirem ao quadro teórico definido.

Assim, quatro categorias foram definidas após análise dos dados, obtidos das conferências dos Congressos Brasileiros de Enfermagem, a seguir: a crise do sistema de saúde brasileiro: embate do modelo preventivo e curativo; o direito à saúde; a extensão de cobertura das ações de saúde e as novas tendências para a Enfermagem.

O estudo foi elaborado, discutido e desenvolvido junto ao Laboratório de Pesquisa e História da Enfermagem (Laphe), da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, UNIRIO, no período entre março de 2007 a fevereiro de 2009, com a participação de graduandos, mestrandos, docentes e pesquisadores em História da Enfermagem. Foi financiado no segundo ano de elaboração pelo Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (CAPES) sob a forma de bolsa de estudo.

2 TECENDO AS CIRCUNSTÂNCIAS DE REFORMULAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

Em meados da década de 1970, o país foi marcado por momentos peculiares, representado, dentre outros fatores, pela luta a favor da redemocratização das políticas públicas, em resposta às demandas sociais e à percepção de um conjunto de demandas sanitárias, que passaram a ser objetos de políticas e de dispositivos legais e institucionais.

Nessa perspectiva, tomamos como ponto de partida o caráter dual da saúde, caracterizado pela forte redução da participação do Estado nas políticas sociais e na saúde, no qual as estratégias como privatização das empresas estatais foram instrumentos utilizados pelo Estado como política predominante no setor, reforçando o modelo médico-curativo.

Esse fato pôde ser intensificado pelo próprio conceito de saúde que predominava na época, pautado, sobretudo, na visão biologicista e reducionista, no qual ações curativas eram o foco de trabalho dos profissionais de saúde. As ações de saúde, traduzidas como prestação de serviços preventivos, de um lado, e curativos, de outro, reduziam ainda mais o conceito saúde-doença, segregando a população em grupos “sadios” e “doentes”. Esta visão só começou a ser rompida com a introdução dos conceitos preventivistas de Sérgio Arouca, em 1975, contidos em sua tese, que juntos representaram um arcabouço teórico para mudança da prática médica e reorganização do ensino.

A natureza do homem se manifesta na sua vivência, através da prática que desenvolve no relacionamento com o seu meio e com os outros homens. Os fenômenos decorrentes dessa prática, através das diversas relações que o homem mantém com o seu meio, nem sempre são considerados na sua essência, sendo explicados, em geral, na sua aparência. Dessa maneira, saúde e doença são fenômenos decorrentes do vivido dos indivíduos: das práticas que se dão no relacionar-se com seu meio. [...] Os fenômenos são apreendidos na sua essência quando podem ser compreendidos na totalidade da qual emergem – a prática de vida, através do relacionamento do homem com seu meio, no mundo da concreticidade (MELO, 1976, p. 14).

Nesse trecho, pareceu-nos claro, que as idéias do processo saúde-doença, multicausalidade, é a interação de múltiplos fatores na gênese das doenças resultante da interação do homem com o seu meio, traduziram os conceitos defendidos por Sérgio Arouca, demonstrando necessidade de redimensionar o foco das ações de saúde, de forma a reverter o modelo vigente.

Assim, a década de 1970 representou um momento delicado e ao mesmo tempo conturbado na vida política, social e econômica do país. Ocorreram questionamentos e

tentativas de mudanças em todos esses setores, seja na dimensão política, através de questionamentos acerca do autoritarismo do regime militar, seja na área da saúde, na qual as mudanças foram acompanhadas de reformulações sistemáticas no modelo, cujas políticas e sua operacionalização resolveram em parte as lacunas encontradas na assistência à saúde da população.

No decorrer dessa seção, dessa forma, resgatamos as diferentes formas de organização da assistência à saúde que vinha sendo exercida no país, e seus reflexos sobre os indicadores de saúde. Na verdade, esse entendimento só pôde ser compreendido contextualizando a situação da saúde nos seus diversos momentos, ora influenciado pela política, ora pelas relações sociais, ora pela economia.

O desafio escapa à questão da escolha de um modelo ideal ou mimético ao contexto, mas, monitorando as conjunturas, fazendo escolhas que preservem o objetivo de assegurar o atendimento às necessidades de saúde da população historicamente considerada, ainda que tal escolha não se coadune com o modelo que idealizamos, ou o que se tenta impingir dentro de um processo político excludente, que insiste em se apresentar como moderno [...] (FELIPE, 1991, p. 44).

Na área econômica, fazendo uma análise dos modos de produção predominantes no decorrer do século XX, percebemos que os modelos assistenciais em saúde e que as políticas governamentais delineadas acompanhavam essas tendências, ao mesmo tempo em que atendiam aos interesses do capital. Assim, na economia agro-exportadora da década de 1920, o Estado não tinha como primordiais ações de preservação e recuperação da saúde dos trabalhadores, uma vez que a mão-de-obra era barata, farta e dispersa, e não se constituía como força política importante (OLIVEIRA, 1977, p. 59).

Posteriormente, com a transformação do modelo descrito acima para o urbano-industrial, setores antes marginalizados dos direitos de cidadania passaram a ter importância político-econômica, pois representavam a força produtiva do país, produtora de riqueza. A sociedade, representada aqui pelo Estado, deveria manter a saúde dos cidadãos economicamente produtivos, a fim de preservar a higidez da economia “[...] interesses de outros grupos para promoção, preservação e recuperação da saúde da mão-de-obra” (OLIVEIRA, 1977, p. 59).

Este fato nos mostrou que os índices de saúde e as políticas para este setor, sempre acompanharam os índices de desenvolvimento econômico, o que reforçou a idéia de que a estrutura produtiva demarcou o papel da medicina. Numa estrutura social preocupada em

atender aos anseios capitalistas, as necessidades em saúde seriam revistas de forma a se moldarem nos interesses enraizados na sociedade.

Historicamente, a dicotomia que reservava ao Estado o papel de guardião dos problemas sanitários [...] deixando os cidadãos – diretamente ou através de entidades comunitárias – a assistência aos doentes, precisou ser reformulada. Isso aconteceu quando, dentro do processo de urbanização e industrialização, o contingente de trabalhadores urbanos passou a pressionar para a adoção de um modelo que lhes assegurasse o acesso a uma série de bens e serviços de uso coletivo, entre esses, ações e serviços de saúde (FELIPE, 1991, p. 51).

Sobre esse aspecto, a análise que fizemos do quadro das instituições de saúde no Brasil, nos permitiu observar a coexistência de diferentes modelos concretizados em diferentes tipos de instituição, dentre eles o médico-hospitalar e o preventivo; o primeiro predominando sobre o segundo, para os quais a nova política formulada deveria atuar.

Revedo as relações existentes entre essas instituições, diversos autores salientaram que a forma de organização que elas apresentavam, na década de 1970, não poderia ser considerada como um sistema de saúde, porque existia um aglomerado de instituições, em que era questionado na prática sua eficácia e cobertura, e que “não há no plano concreto um conjunto de instituições... organicamente relacionadas; não há fluxo de informações entre os sub-sistemas, nem objetivos comuns”, ou seja, a saúde contava com uma grande rede de estabelecimentos, porém, com ausência de coordenação entre os mesmos (QUADRA e LAZZARO, 1975, apud OLIVEIRA, 1977, p. 57). “Devido ao baixo nível de coordenação e a ausência de objetivos comuns explícitos, esse sistema de saúde (do Brasil à época) tem sido muitas vezes caracterizado como um não sistema” (OLIVEIRA, 1977, p. 57) evidenciado pelo caráter competitivo das instituições, ausência de relações orgânicas, instituições de saúde mal articuladas, e baixa resolutividade dos problemas de saúde populacionais.

Em meio a esses fatores, já era conhecida a situação de privilegiamento da medicina privada, em que graves distorções foram diagnosticadas na rede hospitalar contratada do INPS (posteriormente do INAMPS), aumentando as lacunas da medicina empresarial, de mercado, lucrativa; situação esta denunciada e criticada pelos atores que defendiam a reestruturação da prática médica, dentre eles os sanitaristas. Tinha-se um fluxo contínuo e irreversível de deslocamento da poupança dos trabalhadores das mãos do Estado para as da empresa privada.

A medicina vigente beneficiava as camadas da população de maior poder aquisitivo, em detrimento das áreas periféricas, que permaneciam, pois, desassistidas, uma vez que estava nas mãos do empresariado a escolha dos locais de implantação das unidades assistenciais (MELLO, 1977, p. 13).

Dentre os fatores que contribuíram para o agravamento da crise no setor saúde, apontados pelo médico sanitário Carlos Gentile de Mello (1977, p. 10-11), destacaram-se: o sistema de pagamento de serviços médico-hospitalares pela quantidade de tarefas executadas, “pagamento por unidade de serviço”; a veiculação de dados inexatos de eficiência do sistema curativo, através de coeficientes de mortalidade reduzidos (o que se explicava pelo número de internações e procedimentos desnecessários, em pacientes que não tinham risco de morte); criação de um grande número de leitos na rede hospitalar; ampliação do complexo médico-hospitalar, através da construção de um grande número de hospitais, entre outros. Esses fatores foram os principais vetores da redução dos recursos públicos, em detrimento do enriquecimento do setor privado, promovido, financiado e desenvolvido com os recursos da Previdência.

Na tentativa de amenizar, em parte, essa situação vivenciada, o governo federal lançou, em janeiro de 1977, a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), que teria a função de controlar o sistema de contas hospitalares, funcionando como um sistema de lançamento de dados. Porém, essa tentativa de controle tornou-se ineficiente, uma vez que as fraudes continuaram a ocorrer, tendo em vista que os dados que alimentavam as fontes do DATAPREV eram manipulados ainda por interesses da classe dominante, produzindo uma gama de informações inidôneas. “Os computadores não sabem nem podem, por exemplo, diferenciar entre um doente verdadeiro e um paciente fantasma, entre uma intervenção cirúrgica indispensável e uma operação desnecessária” (MELLO, 1977, p. 8).

O setor privado, nesse cenário, escapou a esses mecanismos “disciplinadores”, continuando o exercício de suas atividades, e contando com os benefícios concedidos a ele. Mello (1977, p. 9) comentou a respeito da destinação de recursos à ampliação da rede de clínicas, laboratórios e hospitais da rede privada, no qual a Federação Brasileira de Hospitais contou com o financiamento do Fundo de Apoio Social (FAS) do Governo Federal com as seguintes condições: carência mínima de três anos, prazo de amortização de cento e vinte prestações, juros máximos de 8% ao ano, sem correção monetária, o que demonstrou que o crescimento da rede foi incentivado pelo governo ao proporcionar tais beneficiamentos.

Até 1977, 23,1% desses recursos foram comprometidos na área de Saúde e Previdência, sendo que destes recursos 20,5% destinaram-se ao setor público e 79,5% ao setor privado. Os empréstimos com juros bastante baixos tem beneficiado principalmente o setor privado, proporcionando grande impulso à remodelação e ampliação dos hospitais da rede privada (TEIXEIRA, 1980, p. 31).

Nesse contexto, os recursos humanos que trabalhavam na rede privada também sofreram um reflexo da constante ênfase à lucratividade, dado o pequeno número de profissionais, de nível superior, contratados pelas instituições hospitalares privadas, uma vez que representavam mão-de-obra onerosa, e a tônica era a redução dos custos da produção de serviços assistenciais. Isso explicou o fato de que os hospitais do setor público absorviam três vezes mais profissionais de nível superior que a rede privada. Foi o que verificamos na fala de Mello (1977, p. 11):

[...] se relacionados a 100 leitos, indicam que o setor público empregava 35 profissionais, enquanto o setor privado somente 18, o que corresponde a mais de 94%. No que concerne aos enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos e assistentes sociais, essas diferenças são particularmente significativas. [...] o setor privado absorve proporcionalmente maior contingente de mão-de-obra de nível elementar, isto é, pessoal de pequena ou quase nenhuma preparação.

Esse quadro tornou-se contraditório, no sentido de que o maior empregador era o Ministério da Saúde, porém, cerca de 90% dos serviços médico-hospitalares eram comprados pela Previdência, que detinha, portanto, a maior renda e o menor percentual de trabalhadores de nível superior. Para Fleury (2006, p. 3), havia uma espécie de massificação de privilégios, que acentuou o aprofundamento da crise financeira e de administração do sistema previdenciário.

No campo político, por outro lado, na tentativa de acompanhar os avanços na área econômica que foram se estabelecendo, garantidos, em grande parte, pelo crescimento do setor industrial, algumas medidas foram implantadas no sentido de organizar a assistência médica, diante do quadro apresentado, tão denunciado, criticado e constatado pelos atores da área de saúde como inadequado, caracterizado por corrupção e fraudes.

Nesse sentido, acompanhando uma tendência dos países da América Latina na reformulação de suas políticas e visando instituir uma política que reorganizasse o setor saúde, foi formulado, em 1973, um documento intitulado “Política Nacional de Saúde”, pelo Ministério da Saúde, que foi ratificado pela Lei nº 6229/1975, posteriormente, instituindo um Sistema Nacional de Saúde, visando organizar administrativamente o setor saúde no Brasil.

Dentro dessa perspectiva, sistema, para Oliveira (1977, p. 55-56) caracterizava-se por um conjunto de elementos de uma realidade que, no desenvolvimento de suas ações, guardavam entre si relações diretas de interdependência, com mecanismos recíprocos de comunicação e bloqueio, de tal modo que as ações desenvolvidas resultavam na obtenção de objetivos comuns. Isso quis dizer que a articulação de um conjunto de instituições

interdependentes, pautadas em metas comuns, daria às mesmas a característica de um sistema integrado e harmônico.

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 [...]” (BRASIL, 1973, p.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 (BRASIL, 1973, p.176).

As suas formulações levavam em conta a insuficiência da organização sanitária do país, apresentando-se descoordenada, mal distribuída e inadequada às reais necessidades da maioria da população. Ele pretendeu delimitar as áreas de atuação de cada órgão e cada entidade componente da estrutura sanitária (MELLO, 1976, p. 24).

Formulada em pleno regime militar, de acordo com o SNS, o Ministério da Saúde 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, conforme trecho do documento “Política Nacional de Saúde”:

No art. 1º - “o complexo de serviços do setor público e do setor privado, voltado para ações de interesse da saúde, constitui o Sistema Nacional de Saúde. [...] Mais adiante, sobre a competência e área de ação do Ministério de Previdência e Assistência Social: “d) prestar diretamente serviços de saúde às pessoas ou contratá-los com entidades de fins lucrativos ou não [...]” [...] No art. 3º, sobre a competência da União: “II – No campo da saúde individual, ações próprias e supletivas, de preferência conjugando os esforços e recursos da União, dos estados e dos Municípios e das entidades privadas” (BRASIL, 1973).

Na Lei nº 6229 fica estabelecido que o governo, através dos Ministérios, União, Estados e Municípios se ocupará de coisas tais como “promover e executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo” (art. 1º, I): “formação e habilitação aos profissionais” (Art. 1º, III); “saneamento, radicação de populações, desenvolvimento regional integrado, assistência em caso de calamidade pública” (Art.1º, IV): higiene e segurança do trabalho, prevenção de acidentes, de doenças profissionais e do trabalho” (Art. 1º, V), etc. Quanto aos serviços a serem prestados pelo setor privado, prevê-se os “serviços de saúde [...] prestados diretamente [...] às pessoas”(OLIVEIRA, 1977, p. 61).

Ainda no rol das atribuições de cada setor, o documento “Política Nacional de Saúde”, de 1973, estabeleceu que ao Ministério da Educação estaria 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 de preparação de mão de obra para o setor de saúde (LUZ, 1978, p. 162-163).

Esse sistema definiu as atribuições dos governos federal, estadual e municipal e de entidades privadas, além de identificar seis áreas programáticas fundamentais: Ciência e Tecnologia, Saneamento Ambiental, Alimentação e Nutrição, Recursos Humanos, Produtos Profiláticos e Terapêuticos e Prestação de Serviços de Saúde que se desdobraram nas seguintes áreas: Endemias Rurais, Doenças Transmissíveis, Saúde Materno-Infantil, Saúde Mental, Controle do Câncer e Assistência Médico-Hospitalar.

O SNS proposto, regulamentado pela Lei 6229/1975, acabou por 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 tornou um dos importantes vetores da crise da saúde do regime militar.

A enfermeira Haydée Guanais Dourado⁵, no editorial da REBEN do 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 [...] (DOURADO, 1975, p.7-8).

Tal compreensão, contextualizada no período militar, representou um discurso crítico e audacioso para a época, uma vez que denunciava aspectos da situação econômica e de saúde do país, fato esse inapropriado ou divergente aos interesses repressivos da ditadura militar. Isso mostra que, apesar da característica marcante da produção científica da época, voltada predominantemente para aspectos técnicos, existiam atores que teciam críticas ao sistema de saúde.

⁵ Grande personalidade na área da Enfermagem; atuou como docente na Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ, nas áreas de Ética, Legislação e História. Teve destaque na organização de congressos, na expansão de sessões, na luta por uma legislação na profissão, além de estudar as necessidades de Enfermagem no país (CUNHA, 2005, p. 139)

Nesse cenário, os papéis exercidos pelos sujeitos deveriam ser congruentes com os padrões sociais e culturais vigentes, existindo assim uma espécie de harmonia, integração, coerência de objetivos comuns, homogeneidade de interesses e expectativas entre as práticas dos profissionais de saúde, atitudes humanas indispensáveis à caracterização desse complexo como um verdadeiro “sistema”.

A criação do SNS, sobre este aspecto, representou uma proposta política de um modelo de organização da prestação de serviços da saúde, de forma a formalmente articular o sistema já existente, denominado por Oliveira (1977, p. 54) como “sistema espontâneo” em um sistema organizado administrativamente, com definição de atividades para cada ministério denominado “sistema racionalizado”. “O Sistema Nacional de Saúde é a articulação ordenada do conjunto de instituições e organizações que participam na proteção ou na recuperação da saúde da população, ou no variado conjunto de atividades de apoio a essas ações [...]”.

Por outro lado, ao se revelar como uma proposta política de reestruturação do modelo em saúde que predominava, o SNS de certa forma respondeu aos interesses imediatos dos grupos populacionais excluídos da atenção à saúde, ao aumentar a cobertura assistencial; porém, esse aumento no número de atendimentos se deu às custas da ampliação da rede privada, onerando ainda mais os cofres previdenciários.

Como crítica à Política Nacional de Saúde, Wilson Fadul, ex-ministro da saúde do governo João Goulart, se expressou:

É preciso que se lute contra essa tendência de privatizar a Medicina ou de dividi-la em duas partes: uma que cabe ao Ministério da Saúde, porque é saúde pública, coletiva; e outra individual, que é confiada ao Ministério da Previdência, o qual, subrepticiamente, desvia recursos para o bolso dos empresários nessa área. É preciso acabar com isso porque essas duas são inseparáveis e a prática médica não comporta esse enfoque (FADUL, 1978, p. 67).

No momento político correspondente ao ano de 1973, o interesse primordial do governo Médici era o desenvolvimento econômico (FAUSTO, 2001), garantido à custa de estabilidade e crescimento da economia, o que caracterizou o período do Milagre Econômico. Os problemas sociais e de saúde não eram prioridade para o governo.

No momento em que o Ministério da Saúde levanta dados e propõe grupos de trabalho com o objetivo de reorganizar e de reformular metas para uma Política Nacional de Saúde, este grupo espera contribuir para esse trabalho de reformulação e, sobretudo, fornecer subsídios para a correção de uma série de falhas e barreiras atualmente encontradas na execução das atividades educativas em saúde (Editorial, REBEn, 1974).

Assim, à época, no que concerne à situação de saúde do país, sugeriu-se a implantação de uma política de saúde realmente efetiva, que transcendesse as dificuldades vivenciadas e que fosse comprometida com a formação de pessoas capacitadas para o trabalho em saúde.

A partir de 1975, um ciclo de Conferências na área da Saúde, segundo Gadelha e Martins (1988, p. 79), com intervalos de dois anos até 1979, refletiram diferentes conjunturas nacionais e de institucionalização do setor saúde. Os temas em discussão pautaram-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.

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

Em 1975, a V Conferência Nacional de Saúde (CNS), de acordo com Chianca (1994, p.49), 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.

Vale lembrar que a V CNS (1975) e o II PND (1975-1979) caracterizaram-se por levantar a necessidade de mudança da política de saúde existente. Desde então, a criação de instrumentos legais⁶, a destinação de recursos para o desenvolvimento dessas políticas impulsionaram as instituições, os programas de extensão da cobertura e os projetos de regionalização. A urgência dessas ações se fazia necessária em função do esgotamento do modelo assistencial vigente no qual se avolumavam necessidades não satisfeitas da população, e elevação dos custos, consumindo os recursos financeiros destinados ao setor saúde (PUCÚ; TEIXEIRA, 1979, p. 375-376).

Diante desse quadro, o MS, através da Fundação SESP e em colaboração com as secretarias de Saúde dos Estados, desenvolveu projetos de interiorização de ações de saúde, dentre eles o Programa de Interiorização das Ações e Serviços de Saúde (PIASS)⁷, em 1976, que teve como objetivos congregar esforços no sentido de melhorar as estruturas sanitárias

⁶ Os instrumentos legais foram representados pela Lei nº 6229 de 1975 que criou o Sistema Nacional de Saúde; o Decreto de criação do PIASS, em 1976; a Portaria Ministerial 001 (MPAS; MS-1978).

⁷ Criado pelo Decreto nº 78307/76, o PIASS teve o propósito de estender serviços de atenção básica à saúde no nordeste do país, reconhecendo a necessidade de definir políticas para além dos centros urbanos e de ampliar o acesso à saúde em todo o território nacional.

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, de base eminentemente primária (MONTARROYOS JUNIOR et al, 1980, p. 497).

Em 1977, a VI CNS discutiu alternativas políticas para a efetivação das propostas políticas de extensão de cobertura assistencial, e foram traçadas propostas e diretrizes para a gestão do SNS. O Brasil, nesse mesmo ano, pactuou estratégias mundiais de intervenção, propostas pela Organização Panamericana de Saúde e Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS), visando execução de uma assistência à saúde tecnicamente adequada, factível economicamente, e socialmente justa (CHIANCA, 1994, p. 49).

Mereceu destaque ainda a VII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no ano de 1979, 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 (CARVALHO, 1980, p. 270).

Em 1978, como movimento divergente à 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 atingida (CHIANCA, 1976, p. 49). Essa conferência criticava a privatização, enfatizava a atenção primária e participação comunitária, baseadas na municipalização da saúde, e, com isso, impulsionou os projetos de extensão de cobertura.

Assim, ao resgatar as temáticas debatidas nas Conferências de Saúde, percebemos que, a partir da segunda metade da década de 1970, demonstrou-se uma tendência de necessidade de mudanças nas políticas de saúde, ao colocar em plenário a problemática da assistência médica, e as alternativas engendradas para solução dos desajustes verificados.

Por fim, no final da década de 1970, 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 intitulado “A questão democrática na área da saúde”, apresentado à Câmara Federal em 1979 (FLEURY, BAHIA e AMARANTE, 2008).

Esse documento, embasado na situação anteriormente discutida da sociedade brasileira, traduzida por mortalidade elevada, desemprego, baixos salários, inadequada 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: o direito universal de todos os homens à preservação de sua saúde; o reconhecimento de ações intersetoriais como responsáveis por um estado aceitável de saúde (saneamento, emprego, nutrição, salário, habitação); a necessidade de ações médicas de caráter coletivo na promoção da saúde; a supressão do empresariamento da medicina; a extinção dos atos médicos lucrativos baseados na produtividade; a criação de um sistema único de saúde; a atribuição do estado como responsável direto pelas políticas formuladas; a execução pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) de uma política nacional de saúde; a organização adequada da destinação dos recursos financeiros; a organização de um sistema regionalizado, hierarquizado, nos três níveis de governo (FLEURY, BAHIA e AMARANTE, 2008, p. 150).

Dessa forma, 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 SUDS 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.

A VII CNS, dando continuidade às temáticas relativas à problemática da saúde, trouxe em seu bojo o tema “Expansão das ações de saúde”, discutindo o papel dos serviços básicos, necessários à efetivação da extensão de cobertura, através do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), inspirado nas discussões levantadas na Conferência de Alma Ata (CHIANCA, 1994, p. 50).

O PREV-SAÚDE, criado em 1980, constituiu-se numa alternativa de organização do sistema de saúde em consonância com os avanços das conquistas democráticas. Suas idéias principais foram resumidas nos seguintes pontos: criação do SUDS; outorgar ao MS a direção do SUS, através da articulação entre governos estaduais e municipais para implantação da

Política Nacional de Saúde; definição da política de assistência médica, antes sob o comando do INAMPS, mediante a suspensão de convênios e contratos de pagamentos por unidade de serviços; estabelecimento de mecanismos de controle das unidades contratadas; criação de uma rede nacional regionalizada de ambulatórios e postos de saúde próprios voltados para aplicação de medidas preventivas; definição de uma política para a área rural; redefinição da política do FAS, de forma que este passasse a financiar também a expansão da rede básica de serviços de saúde; propostas de medidas de controle do meio ambiente, com ações sanitárias de redução de doenças transmissíveis; política de formação e distribuição mais adequada dos profissionais da saúde; definição de uma política de produção e distribuição de medicamentos e equipamentos médicos, racionalizando seu uso (FLEURY, BAHIA e AMARANTE, 2008, p.153).

O conjunto dessas reivindicações, no entanto, não representou real alcance de seus propósitos, uma vez que, se efetivadas, representariam um embate junto à medicina privada, por representar uma ameaça às suas forças, que viam nesse projeto a inviabilização de seus interesses. O desenvolvimento do PREV-SAÚDE e de suas propostas, nessa perspectiva, foi se esvaindo, sob a justificativa de ausência de recursos financeiros, e acabou como um projeto frustrado e abandonado em suas expectativas, que nunca saíra do plano das idéias.

Portanto, higienizar, prevenir e promover saúde foram objetivos do Estado e seus agentes, ou seja, funcionários públicos e intelectuais, em acordo ao SNS, que colocou a cargo do MS as ações de caráter coletivo. As transformações ocorridas no setor de saúde e sua ênfase na atenção médica individual, alicerçada na construção do complexo médico-hospitalar, marcaram esta etapa.

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 médicos sanitaristas, denominado Movimento de Reforma Sanitária, pano de fundo de todas as transformações ocorridas e um dos responsáveis pela construção do SUDS e incorporação deste na Constituição Federal de 1988.

Para Fleury (2006, p. 6) a construção do projeto de Reforma Sanitária fundou-se na noção de crise: crise de conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, do estado sanitário da população, crise de prestação de serviços de saúde. Assim, os conceitos da medicina preventivista de Arouca novamente ganharam destaque, na medida que este saber emergiu como espaço da prática social, fundamentada pela construção teórica de um arcabouço de relações entre saúde e estrutura social. Tendo como conceito articulador entre

teoria e prática social, a organização da prática médica, e baseada na mudança de atitude por parte do médico e da mudança do ensino, com a inclusão de disciplinas sociais, seriam possíveis a análise conjuntural e a definição das estratégias intervencionistas.

A esta crise da saúde, somava-se a crise econômica que assolava o final do período ditatorial, com sinais de retração da economia, perda do poder aquisitivo da classe média, do salário mínimo, associado ainda à intensa migração e urbanização, que baixaram as condições de vida da população urbana, gerou acentuação do descontentamento político, permitindo a instalação de uma crise sem precedentes, onde o Estado seria responsabilizado por todos os males. Essa situação já vinha se estendendo por muitos anos, conforme evidenciado pelo trecho: “[...] rebaixaram as condições de vida das populações urbanas a um tal nível que permitiu grassasse uma epidemia de meningite por volta de 1973, constituindo-se em um sinal de alerta para o governo e a população” (TEIXEIRA, 1980, p. 32).

O aprofundamento da crise financeira e política decorrente do modelo vigente, em um contexto de abertura política, colocou em cena outros fatores até então desprezados: os profissionais da saúde e os trabalhadores.

Ao recolocar esses atores em sua rede, representada pelas relações tecidas no interior das instituições de saúde, abriu-se um amplo leque de possibilidades para os mesmos enquanto força política, na luta pelos interesses na sua área; o que veio de encontro ao papel antes exercido pelos mesmos de exclusão nas decisões políticas, marcadas pelo autoritarismo, unilateralidade e verticalidade das decisões, para os profissionais e trabalhadores da saúde, especialmente por parte da Enfermagem, que somente na segunda metade da década de 1970 começou a discutir e lutar mais por seus anseios.

Nessa visão, um momento importante para a Enfermagem que mereceu destaque foi a criação dos sindicatos de enfermeiros no Brasil, a partir do qual se potencializou o processo de politização das enfermeiras, com a reorganização e expansão do sindicalismo brasileiro, que afluiu como força política emergente no bojo do processo de abertura do regime militar.

Para as enfermeiras, isso foi consolidado em 1977, com a criação do SERJ (Sindicato dos Enfermeiros do Rio de Janeiro), que, após inúmeras lutas e reivindicações, passou a ser o órgão de defesa dos interesses trabalhistas dessa categoria (GOMES; SANTOS, 2005, p. 489).

Os sindicatos foram atores importantes na construção da democracia, no contexto da transição do regime militar. Esse ponto de vista adquiriu reforço quando percebemos que, à medida que os anos avançavam, perdendo força o regime militar, ganhando espaço os

movimentos sindicais, os questionamentos acerca das políticas de saúde e condições de trabalho da enfermagem ganhavam espaço.

Com a criação dos sindicatos e participação das enfermeiras em cargos dirigentes e militância política, as mesmas evidenciaram uma postura política, até então inexistente, ou reprimida, demarcando uma orientação ideológica num momento marcado por dificuldades, em termos de participação política, como foi o da ditadura militar no Brasil (GOMES; SANTOS, 2005, p. 494).

[...] as enfermeiras tinham em mente a necessidade de participação da categoria no SERJ para que pudesse dar legitimidade a sua existência. [...] Creio que, pensando e agindo desta forma, fica marcada uma nova postura para as enfermeiras - postura política, voltada para a transformação. Numa tentativa de análise desse achado, podemos dizer que, 'quando os oprimidos obtêm percepção dos conflitos que se apresentam na luta de classe e manifestam resistência ao estilo de vida e reinterpretam valores, eles assumem o controle de sua situação, mesmo que de modo efêmero'. Estes são momentos políticos (GOMES; SANTOS, 2005, p. 494).

Uma indicação da falta de participação da Enfermagem (anteriormente ao surgimento dos sindicatos), apontada por Gomes e Santos (2005, p. 491) foi a que se segue: “[...] historicamente existe, entre as enfermeiras, a tendência a negar a ação política e um apelo à neutralidade em sua prática enquanto categoria profissional [...]”.

Isso mostra uma tendência da Enfermagem brasileira de não envolvimento em questões políticas durante grande período de existência da profissão, o que passou a ocorrer somente no final da década de 1970, com o fortalecimento dos movimentos sindicais no Brasil, o que coincidiu com o início do processo de transição política e retomada da democracia.

A partir daí as enfermeiras desenvolveram e aperfeiçoaram uma compreensão política acerca das relações de classe e das condições de alienação a que se submetiam, o que possibilitou uma maior consciência política, adquirindo reforço discussões acerca da situação de saúde no país e das políticas de saúde. Chianca (1944, p. 52) comentou: “É preciso acima de tudo, superar a postura alienada e comodista da maioria dos profissionais da saúde, entre os quais os enfermeiros, diante da luta pela Reforma Sanitária”.

Dentro dessa realidade, Gomes e Santos (2005) nos colocaram que os questionamentos políticos se iniciaram no interior dos serviços de saúde da rede pública onde começou a aflorar o início de um processo de levantamento de problemas que afetavam a enfermagem e que, posteriormente, foi base para articulação da categoria e construção de um movimento sindical. Foi o que verificamos no trecho abaixo:

[...] Para que essa compreensão tenha ocorrido, não se pode desconsiderar que o mercado de trabalho das enfermeiras, desde a implantação da enfermagem, situa-se, principalmente, no âmbito da rede pública de serviços de saúde. Foi exatamente aí, onde as contradições das políticas públicas em geral e da saúde, em particular, revelam seus efeitos que as enfermeiras encontraram os elementos da prática para estruturar seu aprendizado político. Foi, por isso, nesses locais onde desenvolvem experiências coletivas de enfrentamento das dificuldades decorrentes dos problemas salariais e de condições de trabalho, que se encontraram os principais argumentos que justificaram a constituição e atuação do sindicato [...] (GOMES; SANTOS, 2005, p. 494).

Comentando esse fragmento, uma situação que mereceu atenção especial na época foram os recursos humanos em saúde, dado o seu reduzido quantitativo de pessoal, face às demandas crescentes por atendimento nos serviços de saúde. Foi o que nos mostrou o trecho abaixo extraído do artigo intitulado “Relatório da Comissão de Documentação e Estudos da ABEN- 1972-1973” da REBEN:

[...] o atual número de profissionais de enfermagem não atende às necessidades de saúde do país, não só em relação ao número total como pela inadequada proporção entre os três tipos de profissionais (MEDEIROS, 1974, p. 237).

Houve nesse período um incremento do número de escolas de Enfermagem e dos cursos de pós-graduação, em resposta ao crescimento da rede assistencial, gerando o desenvolvimento de competências com novas formas de pensar questões relacionadas à política de saúde da época.

Uma consideração a ser feita, relacionada à influência do setor econômico e político na formação dos recursos humanos em saúde, foi que os cursos superiores de Enfermagem, na década de 1970, fragmentavam seus currículos 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 do processo saúde-doença. A doença era vista desvinculada do contexto social, o que contribuía para manter a ordem social.

Ainda no que se referiu ao ensino, esse período foi marcado por um incremento dos investimentos em pesquisa no Brasil, através da implantação dos cursos de pós-graduação *stricto 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 país (SIDRONIO, 2006, p. 103-104).

Contudo, a realidade mostrava que existia um reduzido quantitativo de profissionais e número de escolas de Enfermagem no país com concentração das existentes na região sudeste do Brasil (MEDEIROS, 1974, p. 228). Outro dos grandes problemas verificados dizia respeito à escassez de mão-de-obra, na qual o reduzido número de enfermeiros era compensado com profissionais de outras categorias profissionais, dentre essas auxiliares e atendentes de enfermagem, como pôde ser verificado na fala abaixo:

[...] existência de pessoal sem qualificação profissional exercendo cargos nas diversas instituições de saúde, alguns sem possibilidade sequer de seguirem cursos formais de preparação, por não reunirem os requisitos educacionais mínimos requeridos [...] (CARVALHO, 1975, p. 71).

É interessante destacar que, nessa época, já existiam os órgãos fiscalizadores e disciplinadores da profissão representados pelos conselhos de enfermagem, criados no ano de 1973. Até a criação dos conselhos os profissionais de Enfermagem contavam apenas com entidades de classe de caráter científico-cultural e órgãos de defesa dos interesses de classe. Entre as primeiras estavam: Associação Brasileira de Obstetrícia e a União Nacional dos Auxiliares de Enfermagem. Do segundo grupo constavam dois sindicatos: o de Parteiras e o de “Profissionais de Enfermagem, Técnicos, Duchistas, Massagistas e Empregados em Hospitais e Casa de Saúde” (KURCGANT, 1976, p. 88).

Em virtude de uma legislação da Era Vargas, que definiu como princípio para o sindicalismo a “unicidade sindical” (definida como a representação dos trabalhadores por um único sindicato por categoria profissional, que foi assegurada na Constituição de 1988 para prevenir a fragmentação dos sindicatos e aumentar a representatividade das entidades perante os patrões, principalmente nas negociações salariais) fez com que a existência deste sindicalismo impedisse que o Ministério do Trabalho concedesse a carta sindical para os enfermeiros, fato que foi possível apenas após a Lei nº 6229/1975, que instituiu o SNS, o qual definiu como profissionais os agentes detentores de diploma de nível superior e como ocupacionais os agentes de nível médio e elementar, quebrando um longo monopólio desta corporação sobre a totalidade dos agentes de enfermagem, impedindo por força de lei a organização sindical dos enfermeiros.

Dessa forma, os conselhos fiscalizariam o cumprimento das atividades compatíveis com cada classe, dando liberdade ao exercício da profissão, porém sem ferir ou ultrapassar a liberdade dos demais. Especialmente porque, para os conselhos, os profissionais de

Enfermagem estavam agrupados nos seguintes grupos: Grupo I: enfermeiros e obstetrizas; Grupo II: técnicos de enfermagem; Grupo III: auxiliares de enfermagem, práticas de Enfermagem e parteiras práticas. Os atendentes, apesar de constituírem grande parcela dos recursos humanos em Enfermagem no país, não eram abrangidos pelo conselho por ser uma classe que não tinha nenhuma formação profissional (KURCGANT, 1976, p. 90).

Há, contudo, uma divergência nesse aspecto, uma vez que os atendentes muitas vezes ocupavam o lugar das enfermeiras em instituições de saúde, sendo que a Lei do Exercício Profissional, na época vigente a de 1955 (Lei nº 2064 de 17 de setembro de 1955) não respaldava tal atribuição.

De acordo com esta Lei: “Art. 3º. São atribuições dos enfermeiros, além do exercício da Enfermagem: a) direção dos serviços de enfermagem nos estabelecimentos hospitalares e de saúde pública, de acordo com o art. 21 da Lei 775, de 6 de agosto de 1949 [...]”. Este fato esteve intimamente atrelado à escassez de mão-de-obra na área da saúde, com um quantitativo reduzido de profissionais de nível superior, ou ainda aos interesses da classe dominante, que investia pouco em contratações de profissionais de nível superior, por se constituir em mão-de-obra onerosa.

Contudo, visando contornar o cenário construído, no qual a ênfase na sofisticação tecnológica tornou-se uma das características do período em estudo, marcado pela hegemonia da classe médica, e uma parte desta, detentora dos meios de produção, que, com sua rede de hospitais e clínicas não era eficiente em prestar cobertura assistencial a toda a população. Assim, houve a necessidade de um investimento maciço em todas as áreas de pesquisa em saúde, muitas vezes sem resposta esperada, em busca de soluções para os inumeráveis problemas para os quais não existia nenhuma perspectiva de atuação efetiva com os recursos da atenção médica. Com isso, houve o aperfeiçoamento do pessoal de saúde, e um aumento do número de escolas médicas no país (AMÂNCIO; QUADRA, 1976, p. 48).

As formas de abordagem à saúde, portanto, precisavam ser revistas, de forma a valorizar outros aspectos ou agravos que ganhavam espaço na sociedade brasileira. Havia, nesse sentido, a necessidade de se fazer o diagnóstico e tratar a comunidade como um todo, tornando possível a erradicação de doenças por meio de medidas que não se enquadravam no sistema tradicional da medicina clínica centrada no indivíduo, mas em um novo sistema, baseado nas ações junto à comunidade (MATOS, 1978, p. 15).

Para a execução dessas ações, um conjunto de características compunha esses serviços e eram: a regionalização, a divisão de uma área em unidades de saúde de complexidade

crescente; utilização de pessoal auxiliar em larga escala (visitadoras sanitárias, atendentes, auxiliares de saneamento); envolvimento das comunidades locais com seus problemas de saúde; execução do trabalho baseado em normas, técnicas, instruções, com estabelecimento de metas a cumprir e avaliação dos serviços prestados (MATOS, 1978, p. 17). “Em vez de dar assistência esporádica, na ocorrência da doença, este pessoal deve trabalhar para melhorar as condições de saúde em longo prazo e constituir vínculo entre a comunidade e o sistema nacional de saúde” (DOURADO, 1978, p. 297).

Em 1978, a enfermeira de saúde pública Haydée Guanais Dourado, no trecho que segue, nos chama a atenção para a inserção da enfermeira nesse grande sistema de saúde, demonstrando uma tendência da enfermagem a seus novos papéis, e uma consonância às idéias preventivistas, voltados para a saúde comunitária na formulação de planos e programas preventivos:

As futuras enfermeiras provavelmente serão generalistas, encarregadas de prestar assistência primária contínua a indivíduos, grupos ou a toda população; seus objetivos serão a prevenção de enfermidades, a promoção e manutenção da saúde. [...] O assunto assistência primária é atual, e está sendo abordado de vários ângulos porque é novo e multiforme. A razão pela qual vo-lo trouxe é por ter me parecido dos mais sérios que temos de enfrentar nestes próximos anos (DOURADO, 1978, p. 298).

Contextualizando a dinâmica vivenciada pela Enfermagem no setor de saúde e na esfera política, temos, após 1979, com o enfraquecimento do regime militar e com a crise da Previdência, o enfraquecimento do modelo hospitalar, dando lugar às discussões acerca da extensão das ações de saúde a toda a população através de ações básicas. Com isso, as críticas ao sistema de saúde ganharam força e mostraram um posicionamento mais efetivo dos enfermeiros a respeito dessas questões.

Ao solicitar da profissão o seu compromisso com a saúde do povo, as experiências relatadas mostraram que as estratégias adotadas dependiam das condições locais e estas incluíam não apenas as necessidades e os recursos, mas a avaliação criteriosa dos problemas e das características específicas dessa coletividade, e, sem dúvida, da definição dos objetivos das políticas de saúde nas quais a Enfermagem era parte fundamental (NUNES, 1980, p. 493).

A necessidade eminente de um sistema de saúde eficiente estava centrada na idéia da medicina preventiva que foi tema de encontros de gestores em saúde de todo o mundo, visando reverter a política existente. Sobre a atenção primária à saúde a Organização Panamericana de Saúde, no ano de 1976, definiu um conceito: “É o conjunto de ações pouco

complexas, mas efetivas que se põe à disposição do indivíduo, família e comunidade para promover e conservar a saúde, assim como para repará-la e prevenir a doença [...].” E ainda: “O enfermeiro é o profissional de saúde possivelmente mais adequado para a assistência primária. É escasso. Sua distribuição pelos serviços de saúde é de grande interesse para que se cumpram os programas do setor” (DOURADO, 1979, p. 357).

A saúde, sob essa perspectiva, passaria a ser vista como fenômeno complexo, síntese de múltiplas determinações, numa conceituação ampliada, como resultante de formas de organização social (FLEURY, 2006, p. 8).

Foi nesse cenário de crise econômica, enfraquecimento político e crise na saúde, que a assistência médica e os problemas existentes no setor privado contratado e financiado, começaram a ser alvo de críticas por parte de um bloco de forças antagônico, ou contra-hegemônico, que passou a produzir um saber científico articulado com os problemas vivenciados pela população. O conteúdo dessas produções, na área de Enfermagem, foi objeto de discussão na Seção 2.

3 O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE NOS ANAIS DOS CONGRESSOS BRASILEIROS DE ENFERMAGEM NO PERÍODO 1977-1980

Com os processos de mudanças experimentados no final da década de 1970, na conjuntura política e econômica, e com o movimento de Reforma Sanitária, nos anos de 1980, as produções abordando temas políticos ganharam destaque nos congressos Brasileiros de Enfermagem, especialmente nos anos de 1977, 1978, 1979 e 1980.

Os Congressos Brasileiros de Enfermagem se constituíram, desde 1947, em movimentos de cunho científico liderados pela Enfermagem brasileira e organizados pela ABEN, sendo os espaços destinados à discussão de diversas temáticas, permitindo a congregação de enfermeiras de todo o país.

A diretoria da ABEN escolhia o temário, em consonância com os assuntos que eram prioritários para a época, e estes buscavam acompanhar o desenvolvimento sócio-político do país, através da discussão de temas contemporâneos ligados à saúde e à política de saúde. Dessa forma, foram se consolidando como instâncias de construção de um saber, na busca constante de compreensão do exercício da profissão, bem como possibilidades para transformá-lo, dos quais emergiram novos paradigmas e tendências para a Enfermagem (PADILHA et al, 2001, p. 8).

Dentre os temas apresentados nas conferências dos congressos acerca do Sistema Nacional de Saúde, foi possível a observação de que o quadriênio representado pelo XXIX, XXX, XXXI e XXXII CBEN revelou uma proximidade de assuntos e uma convergência de idéias, dando o sentido de que as alterações ocorridas no eixo político, tendentes à abertura do modelo, com vistas à democratização, contribuíram para uma maior reflexão dos atores enfermeiros, em suas redes formais de discussões de temas referentes à saúde no país.

Iniciamos essa seção discutindo os efeitos causados pelas conferências dos Congressos Brasileiros de Enfermagem e posterior publicação dos anais, na constituição de um saber na trajetória da Enfermagem em saúde pública. A construção desse conhecimento, para Latour, foi resultante de um processo de acumulação, no qual vários elementos contribuíram para a descrição de um fenômeno.

[...] o que se chama de “conhecimento” não pode ser definido sem que se entenda o que significa a aquisição do conhecimento. Em outras palavras, “conhecimento” não é algo que possa ser descrito por si mesmo ou por oposição a “ignorância” ou “crença”, mas apenas por meio do exame de todo um ciclo de acumulação [...] (LATOURET, 2000, p. 357).

Desse modo, a construção do conhecimento em Enfermagem requer a interligação de outros conhecimentos derivados das ciências biológicas, sociais e do comportamento para que possamos analisar as políticas de saúde e todo seu entremeio, ou seja, tudo que se relaciona a elas, construindo e configurando o processo de acumulação descrito acima.

Assim, notamos que houve uma homogeneidade de temas entre as publicações dos CBEN, o que demonstrou que os elementos estavam o tempo todo interligados, ou ainda, sofrendo influência da “rede” e, como resultante, produzindo um saber em Enfermagem (ALMEIDA, 1980).

Almeida, ao discutir temas referentes à situação da saúde no país, às políticas implementadas na área, à situação da profissão perante as mudanças ocorridas no contexto social, político e econômico, demonstrou uma tendência, até então inexistente, de críticas ao sistema e ao seu papel diante dos problemas de saúde que a população apresentava.

Observamos que os atores participantes dos congressos começaram a levantar questões relativas à mudança para o modelo baseado na atenção primária à saúde, cujas ações estariam voltadas para a comunidade com vistas à prevenção de doenças e promoção da saúde. A inculcação da mudança de prática da Enfermagem, a partir disso, pôde ser entendida como o despertar para as idéias preventivistas, tão presentes nos discursos dos sanitaristas, e que, durante anos vinham sendo discutidas por inúmeros atores.

Vale destacar que nesses Congressos Brasileiros de Enfermagem, os conferencistas não eram somente enfermeiros, sendo também médicos e outros atores integrantes dos debates da medicina preventiva e social no Brasil. Este fato demonstrou a influência que as idéias desses atores exerceram sobre as enfermeiras, uma vez que, se eram convidados por estas a discursar num evento da classe, é porque compartilhavam de suas idéias.

Dessa forma, discutir os temas debatidos pelos diversos atores dos CBEN representou, nesse momento, analisar as tendências para a formação de um saber acerca das políticas de saúde, de forma a averiguarmos qual era o posicionamento dos enfermeiros acerca da situação de saúde vivenciada pelo país. Esta refletiu sobremaneira na Enfermagem tanto no que se referiu ao ensino, caracterizado pelas mudanças curriculares, quanto na esfera assistencial.

Durante muito tempo, os temas discutidos nos Congressos Brasileiros de Enfermagem refletiram as transformações históricas do país, de forma a responder às demandas da

profissão. Nessa perspectiva, os assuntos escolhidos para debate traziam em geral, conferências ligadas à formação profissional, técnicas de Enfermagem, assistência centrada no indivíduo, dentre outros, que acompanharam a tendência tecnicista, ou ainda o modelo curativista hospitalar (FONSECA, FORCELLA e BERTOLOZZI, 2000, p. 9).

Assim, podemos inferir que a Enfermagem, na vigência do período militar, se instrumentalizou para sobre o sistema de saúde, para se posicionar, em eventos científicos nacionais, uma vez que em sua trajetória a formação política não fora a principal prioridade. Isso só começou a ocorrer, após a consolidação de suas principais entidades de classe no âmbito do exercício profissional, científico-cultural e sindical, no final da década de 1970, onde a Enfermagem se apropriou com mais critérios e segurança, dos temas políticos. A tendência que predominava, portanto, na produção científica, no temário dos anais dos Congressos Brasileiros de Enfermagem, era a abordagem de assuntos ligados intrinsecamente à profissão, confirmando uma tendência tecnicista nas produções.

Nesse sentido, observamos nas produções registradas nos Anais dos CBEN dos anos de 1977, 1978, 1979 e 1980, que a área técnica relacionada à profissão, foi pouco ou nada abordada, o que demonstrou uma necessidade da Enfermagem em aprofundar assuntos até então ausentes nos debates instituídos, e, de certa forma, um abandono do tecnicismo.

Na verdade, isso pode ser explicado pela gestão da ABEN 1977-1980, sob a presidência da enfermeira Dr^a Ieda de Alencar Barreira, no qual houve uma aderência às temáticas relativas à conjuntura política e social brasileira, respondendo às demandas sociais, e focalizando como temas centrais, a situação de saúde do país, o SNS, os desafios da Enfermagem brasileira, a Enfermagem e a Previdência Social; temas até então não discutidos no maior evento da Enfermagem brasileira, e que mostraram uma preocupação da Enfermagem em acompanhar as transformações sociais, políticas e econômicas (FONSECA, FORCELLA e BERTOLOZZI, 2000, p. 9).

Dessa forma, as produções científicas de Enfermagem, corporificadas sob a forma de anais de congressos, foi a forma de representarem um saber produzido pela Enfermagem acerca de um determinado período, que emergiu da prática e do contexto em que estava inserida (ALMEIDA, 1989).

Elas representaram o reflexo da situação vivenciada pelas enfermeiras, constituída de lutas, desafios, dificuldades encontradas pela profissão no decorrer dos tempos; e também a sua evolução e conquistas em meio a um cenário repleto de contradições, divergências e

censuras, que contribuíram significativamente na construção da história da enfermagem brasileira.

Desta forma, para discorrermos acerca da produção científica corporificada nos Anais, elencamos assuntos que refletiram à época a realidade brasileira e da Enfermagem, direcionada pelos temas oficiais dos referidos congressos, os quais foram pré-definidos pelas respectivas diretorias da ABEN.

Quadro 1 - Temas oficiais dos CBEN ocorridos no período de 1977 a 1980

| CONGRESSOS | ANO | LOCAL | TEMA OFICIAL |
|-------------------|------------|----------------|--|
| XXIX CBEN | 1977 | Santa Catarina | Situação de saúde no país- implicações para a enfermagem |
| XXX CBEN | 1978 | Belém | A Enfermagem e o SNS |
| XXXI CBEN | 1979 | Ceará | Desafios da enfermagem brasileira |
| XXXII CBEN | 1980 | Brasília | A Enfermagem e a Previdência Social |

Fonte: Anais dos Congressos Brasileiros de Enfermagem de 1977 a 1980.

Notou-se que os quatro grandes temas oficiais que foram discutidos nos Congressos Brasileiros de Enfermagem de 1977, 1978, 1979 e 1980, fizeram referência à Enfermagem, ao SNS, mas, principalmente, discorreram sobre a situação da Enfermagem brasileira em meio a um contexto de mudanças no eixo político, econômico e social, na qual a saúde ganhou espaço numa nova abordagem e formas de assistência.

Nesse espaço de debates, a medicina curativa, começara a perder espaço, o que possibilitou, progressivamente, a construção e consolidação das ações básicas de saúde, que a cada dia eram mais enfatizadas nos eixos de discussões no campo da saúde, como alternativa de reversão do modelo assistencial. E, entre os atores que mais defendiam as idéias preventivistas, estavam os sanitaristas, dentre eles Sérgio Arouca, que com sua tese se tornou um marco na saúde pública brasileira, ao trazer conceitos que indicaram a existência e a concorrência entre dois modelos assistenciais.

As discussões que permearam os congressos de 1977, 1978, 1979 e 1980 objetivaram evidenciar, sobretudo, o novo papel que a Enfermagem adotou ou necessitaria adotar em função das mudanças na esfera assistencial que viriam a se concretizar, e desenvolver

estratégias para inserção do enfermeiro e sua equipe nesse novo cenário, repleto de mudanças, contradições e incertezas.

Assim, o XXIX CBEN (1977) foi o primeiro de uma sucessão que abordou temas centrais que viriam a ser discutidos nos congressos posteriores, que se referiu à conjuntura nacional, à situação de crise que a saúde brasileira se encontrava, e suas implicações para a Enfermagem.

O XXX CBEN, ocorrido em Belém, no ano de 1978, vem dar continuidade às discussões iniciadas no XXIX CBEN relativas às mudanças políticas e sociais pelas quais o país passava, face à ineficiência do sistema de saúde em vigor, agora trazendo como tema “A Enfermagem e o Sistema Nacional de Saúde”. Debatendo em sua conferência de mesmo nome do tema oficial do XXX CBEN, Adalgisa Vieira Matos, enfermeira, supervisora da Seção de Enfermagem da Divisão de Saúde da Fundação SESP, importante figura da Enfermagem ligada à Saúde Pública, teceu o seguinte comentário:

Propomo-nos, portanto, neste trabalho trazer a este plenário uma visão geral da situação atual da enfermagem no País, sem pretensão propriamente de um diagnóstico, uma vez que para isso seria necessária uma pesquisa em profundidade, e em seguida tecer comentários sobre implicações para a enfermagem, resultantes da instituição do Sistema Nacional de Saúde pela lei nº 6.229 de 17 de julho de 1975 (MATOS, 1978, p. 13).

O SNS, ratificado pela Lei nº 6229/1975, começara, então, a ser repensado pela Enfermagem, quando se tornou objeto de discussões neste congresso. Este fato tornou-se imprescindível uma vez que, com a sua aprovação e após entrar em vigor, essa lei contribuiu para a ampliação da rede hospitalar privada, ao definir as atribuições de cada ministério, e colocando sob responsabilidade da MPAS ações de caráter curativo, individual.

No ano de 1979, o XXXI CBEN realizado em Fortaleza, veio chamar a atenção dos enfermeiros para as políticas de saúde vigentes, com o convite de vários profissionais de outras áreas para discussão do tema, onde a Enfermagem foi chamada a questionar sobre o que estava sendo imposto em termos de saúde e educação, buscando refletir sobre a identidade da profissão: a que veio, quais os interesses, dentre outros questionamentos (PADILHA, SILVA e BORENSTEIN, 2001, p. 10).

Assim, tendo como tema central “Os desafios da Enfermagem brasileira”, o XXXI CBEN (1979) reuniu um grupo de enfermeiras para discutir mais a fundo o contexto de mudanças que se apresentavam e a necessidade de um posicionamento por parte de suas entidades, face à não participação das mesmas em processos decisórios na área de saúde. Esse fato pode ser explicado seja pela hegemonia conquistada pela classe médica, que, como

detentores do poder e das instituições, impediam tal participação; seja pela falta de delineamento acerca da própria profissão, no sentido de que não estava claro o real papel das enfermeiras nos serviços de saúde, face à tantos conflitos intrínsecos e extrínsecos à classe de Enfermagem.

É interessante destacar que nesse momento a Enfermagem começou a questionar o sistema, em locais destinados para tal, em conjunto com membros de diversos órgãos que a representavam: ABEN, sindicatos, COREN, COFEN, fato este que, no fervor da ditadura militar, era algo totalmente vetado. Porém, com o processo de abertura política, onde o governo militar se viu enfraquecido, abrindo espaço para o início de processo de democratização, a Enfermagem, pôde discutir com mais liberdade essas questões, sem prejuízos à classe ou aos palestrantes.

O XXXI CBEN (1979), nesse sentido, apresentou como eixo principal de discussão o posicionamento da profissão dentro da visão de responsabilidade da classe perante a realidade nacional. As conferências discutiram o papel social da Enfermagem, buscando uma maior coesão entre as necessidades de saúde da população e as atribuições atuais desse perfil profissional.

A partir desse congresso, a Enfermagem passou a criticar e refletir acerca da sua prática profissional, o que demonstrou uma mudança de postura, se for considerado que a Enfermagem exercia passivamente seu papel como executora das políticas de saúde vigentes, inquestionavelmente (XAVIER, GARCIA e NASCIMENTO, 1988, p.197).

Por fim, de acordo com a análise dos temas proferidos no XXXII CBEN (1980), realizado em Brasília, notamos que se discutiu a situação da Enfermagem no campo da saúde, diante de um de seu maior empregador, o INAMPS, e principal lócus da assistência médica curativa; como também foi discutido a importância da definição do papel da enfermeira no programa de serviços básicos de saúde.

Acerca dos temas oficiais que foram debatidos nos Congressos Brasileiros de Enfermagem, percebemos que do ano de 1970 até o de 1976 (Apêndice), os temas propostos para discussão diziam respeito a temas gerais de interesse para a Enfermagem, porém sem ênfase às políticas de saúde vigentes. Contudo, com o avançar da década, a partir do ano de 1977, as discussões que permearam os Congressos Brasileiros de Enfermagem giraram em torno da crise de saúde pela qual o país passava, de debates acerca do Sistema Nacional de Saúde, e ainda sobre o posicionamento da Enfermagem diante dessas mudanças.

Optamos por iniciar a identificação dos temas a partir do ano de 1970 uma vez que consideramos essa década como um dos períodos mais conturbados na esfera política, e ainda onde mudanças significativas foram propostas para a área da saúde, além de corresponder ao ápice da crise da saúde brasileira.

Nesse sentido, para discorrer acerca das discussões levantadas pela Enfermagem, na segunda metade da década de 1970, nos Congressos Brasileiros de Enfermagem, organizamos os temas mais encontrados nas conferências dos congressos em categorias, que abordaram os seguintes assuntos: A crise da saúde brasileira: o embate dos modelos curativo e preventivo; O poder médico x Direito à saúde; A extensão de cobertura assistencial: as ações básicas de saúde em foco; A redefinição do papel da Enfermagem.

Essas categorias, ao representarem o pensamento da Enfermagem e de outros atores da área da saúde acerca da situação da saúde no Brasil, apontaram como determinantes da crise, a interação de diversos fatores, vinculados a diferentes interesses no interior da sociedade. Procuramos analisar o intenso debate gerado por esses fatos, e por que motivos a área de assistência médica assumiu posição de destaque nas discussões sobre a crise. Ao final, um elenco de medidas alternativas para driblar a problemática da saúde, baseado nas ações primárias, foi discutido como estratégia de superação ou integração dos modelos.

3.1 A crise da saúde brasileira: o embate dos modelos curativo e preventivo

O processo de trabalho em saúde, desde seu surgimento, sempre objetivou a ação terapêutica em saúde, exercida pelos diversos profissionais que compõe a equipe de saúde. Porém, os modos de trabalho, o objeto e os meios (instrumentos) utilizados, se modificaram no decorrer da história da saúde, e foram influenciados pelo contexto global, e fazendo parte deste, pelos modelos de atenção à saúde identificados no decorrer dos séculos.

Assim, ao analisar o modelo assistencial predominante na década de 1970, sentimos que o setor de saúde necessitava de uma revisão crítica em todos os seus níveis, procurando alternativas para uma crise caracterizada, dentre outros aspectos, de acordo com Mariza Alves da Cunha⁶, palestrante do XXX CBEN, 1978, pelos seguintes fatores causais:

[...] predomínio de duas tendências na medicina contemporânea– a tecnificação e a especialização; a dicotomia do sistema em termos de ação de saúde (preventiva e curativa); e ainda toda uma atomização dos organismos voltados para a saúde, com a conseqüente quebra dos princípios técnicos de Unidade de Comando e Unidade de Direção (CUNHA, 1978, p. 61).

⁸ Mariza Alves da Cunha, chefe de equipe no Departamento de Planejamento da Saúde do INAMPS.

Esses fatos, característicos do modelo assistencial predominante na década de 1970, que enfatizava a cura das doenças, sem ceder espaço para ações de cunho preventivo, também foi denunciado por Vieira⁷, (1978, p. 45):

A principal modalidade de prática e organização de saúde no Brasil, nos últimos anos, é a medicina hospitalar, tendente à concentração e à especialização crescente de recursos e conhecimentos, fundada em bases nitidamente empresariais que dependem em grande parte, do financiamento da Previdência Social.

Com o incremento do número de hospitais, ocorrido na década de 1970, graças aos convênios e contratos realizados entre instituições privadas (laboratórios, clínicas, empresas de insumos hospitalares, hospitais) e Previdência Social, estabeleceu-se uma grande “cadeia”, na qual elementos pertencentes à iniciativa privada se interconectavam, ou seja, eles pertenciam a um grupo comum vinculado a outro grande “nó”, que estaria representado pela Previdência Social financiadora de toda a rede descrita acima.

Isso provocou um esgotamento dos recursos da Previdência, uma vez que, para atender aos interesses da classe dominante, detentora do poder nas instituições privadas de saúde, gerou uma elevação dos custos, o que pode ser verificado abaixo, no trecho do discurso intitulado “Inovações no ensino superior de Enfermagem”, presente no XXX CBEN, 1978:

De tudo que foi descrito e verbalizado sobre a situação de saúde, sabe-se que em nosso país grande parte das internações seriam desnecessárias e evitáveis. Sabe-se também que o tipo de sistema vigente favorece o tipo de consulta por especialidade, e que isto gera um desgaste do usuário e do pessoal de saúde, além da elevação do custo do atendimento (PAIM, COSTA e WRIGHT, 1978, p. 113)⁸.

Um grupo de enfermeiras começou a discutir que a maioria dos problemas de saúde da população poderiam ser resolvidas no nível primário. Esse quadro trouxe a necessidade de formulação de novas práticas de saúde organizadas em novas modalidades de atendimento, que ampliassem a cobertura dos serviços e que reduzissem os gastos sobre a Previdência.

Ao lado desta forma dominante de prática e organização do setor, no que se referia a assistência à saúde, estreitamente vinculada às políticas de saúde, as discussões acerca da inadequação na prestação de serviços de saúde no Brasil intensificaram-se no final da década de 1970, e se refletiram na produção científica dos atores que discutiram essas questões.

As inúmeras publicações científicas da época, principalmente advindas de atores defensores do processo de mudanças das políticas vigentes, como por exemplo, os médicos

⁷ César Augusto de Barros Vieira, conferencista do XXX CBEN, 1978, era membro do Grupo Técnico Central do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde – GTC/PPREPS.

⁸ Enfermeiras, assessoras de Enfermagem DAU/GSS. Docentes de Enfermagem.

sanitaristas, apontavam para uma redefinição das práticas, e antes disso, convergiam para críticas acerca dos problemas de saúde da população, decorrentes, em boa parte, do modelo curativo.

Fadul (1978, p. 72), em entrevista à Revista Saúde em Debate, teceu uma crítica acerca do papel do Estado na dicotomização entre saúde pública e individual, defendendo a idéia de que são ações inseparáveis, e que exigiam intervenção pública, não podendo, por isso, serem relegadas ao setor privado.

O predomínio do modelo individual, curativo, foi duramente criticado por Arouca (2003, p.36-37) que via a prática médica como isolada do contexto, centralizada nos hospitais, desconsiderando aspectos da comunidade e família, que ele defendeu interferirem diretamente no processo saúde-doença. Afirmava ainda que a Medicina tradicional, por ser curativa, se esgotava no diagnóstico e tratamento, relegando a prevenção e reabilitação a segundo planos, além de privilegiar a doença/morte em detrimento da saúde/vida.

Aliás, a ineficiência do sistema estava evidenciada ainda nos altos custos da atenção médica, especialização crescente dos profissionais, visão reducionista do homem, conhecimento com enfoque biológico apenas, não levando em consideração os aspectos bio-psico-sociais do indivíduo, com ausência de visão social dos médicos, sendo esta totalmente desvinculada da sociedade (PAIM, 2003, p. 153).

Além de Arouca, essas idéias foram defendidas por inúmeros atores sanitários, dentre eles Madel Luz, Hésio Cordeiro, Carlos Gentile de Melo, Sônia Fleury, dentre outros, que representaram figuras importantes na imensa teia de discussões que se estabeleceu nos cenários das universidades, centros de pesquisa, denunciando a situação de crise da saúde e propondo alternativas para sua resolução em fóruns de discussão e publicação de suas idéias em revistas da época (com destaque para a Revista Saúde em Debate).

À época o sanitário Carlos Gentile de Mello, adepto da reorganização da prática em saúde, em artigo publicado na Revista Saúde em Debate, defendeu a idéia que considerava o hospital como instrumento de cura, devendo ser utilizado como medida de exceção, somente quando o nível primário e secundário de assistência à saúde, não apresentasse mais alternativas na resolução do problema de saúde do indivíduo. Assim, enfatizou: “as técnicas e recursos terapêuticos de orientação comunitária devem ser enfatizadas para que se evite o uso abusivo do leito hospitalar” (MELLO, 1977, p. 9-10).

Nesse cenário, a dicotomia existente entre os modelos de atenção à saúde foi duramente criticada por ser negativa aos interesses de saúde da população. Havia necessidade

de unificação das ações preventivas e curativas, o que possibilitaria a racionalização e emprego dos recursos.

[...] continua a ser exercida a dominância pelo componente da assistência médica sobre os demais – saúde pública, saneamento, recursos humanos - justificada pelo montante de recursos do setor assistencial [...] e pelo componente ideológico que prefere a medicina assistencial à saúde pública [...] (ARAÚJO, SILVA e PARAÍSO, 1980, p. 34)⁹.

A importância dessas discussões residiu em compreender a situação pela qual o país passava, onde grande parte da população (representada pelos não-segurados) não tinha acesso aos serviços, que era caracterizado pela baixa cobertura da assistência e extremamente onerosa aos cofres públicos – uma vez que era mantida pela Previdência Social, através de convênios com a iniciativa privada.

Nessa perspectiva, no seu discurso de posse no XXXII CBEN, Circe de Melo Ribeiro, enfermeira, eleita presidente da ABEN para o quadriênio 1981-1984, teceu uma crítica ao sistema de saúde vigente, ao pontuar problemas como acessibilidade, tecnologia sofisticada, onerosa aos cofres públicos, e com baixa resolutividade; além de abordar a questão social da saúde e da doença, ao ressaltar a importância das ações voltadas à interrupção da história das doenças.

[...] que todos os profissionais de saúde têm plena consciência do seu papel na sociedade e das reais necessidades da população brasileira, especialmente dos grupos menos favorecidos, nos quais incidem, com força total, as doenças carenciais e erradicáveis [...] são doenças que exigem medidas simples, técnicas de custo reduzido e organização sem sofisticações, mas que, atualmente, ou são tratadas num sistema superestruturado, de altíssimo custo e eficácia reduzida, ou deixam de ser tratadas pela dificuldade de acesso ao sistema, o qual, por sua vez, não considera a saúde, mas apenas a doença do homem [...] (RIBEIRO, 1980, p. 22).

Quanto à interrupção das doenças, Arouca (2003, p. 167) levantou a necessidade de ações preventivas de saúde em todos os elos da cadeia da História Natural das Doenças, de forma a impedir o aparecimento das mesmas. O surgimento das doenças, nesse aspecto, estaria vinculado à relação estabelecida entre o homem e o ambiente, cuja interação exporia o primeiro a inúmeros fatores de risco, que o levaria a adoecer.

A História Natural das Doenças, proposta inicialmente por Leavel e Clarck, rejeitava a causalidade simples (que acreditava que as doenças eram causadas por um único fator) e adotava a multicausalidade como teoria que explicava a origem das enfermidades em seu processo evolutivo, e a idéia de que vários eram os fatores envolvidos na gênese das doenças.

⁹Enfermeiras de Salvador - Bahia, que debateram o tema “Assistência de Enfermagem pela problemática do INAMPS” no XXXII CBEN, 1980, Brasília. Enfermeiras do INAMPS do Hospital Ana Nery, Bahia.

O conceito de multicausalidade, portanto, ao associar todas as variáveis que estariam relacionadas ao homem, situando-o em um campo de generalidades, colocou a vida e sua história natural como objeto de conhecimento, que necessitava ser considerado como forma de rever as ações de saúde até então predominantes (AROUCA, 2003, p. 166). A Medicina Preventiva, ao retomar a história natural em todos os seus aspectos, em sua totalidade, buscou uma forma de compreender e explicar a presença e ausência de doenças, reorganizando, dessa forma, o conhecimento médico.

A Medicina Preventiva, nessa nova abordagem, teria o conhecimento desdobrado em áreas, especialidades, disciplinas, ou seja, reorganizando a prática médica e o fenômeno a ser abordado, representado pelo objeto de atuação da medicina (AROUCA, 1976, p. 15). O conhecimento médico, dessa forma, seria redistribuído em categorias introduzindo os conceitos de comunidade, ambiente, agente, hospedeiro.

Assim, a história natural articularia todas as variáveis relativas a um ser em seu processo saúde-doença, marcando o mesmo em um campo de generalidades, no qual o mecanismo cartesiano foi substituído pela instauração da vida como objeto de conhecimento. A História Natural das Doenças, neste sentido, representaria uma totalidade, compreendendo, ao mesmo tempo, presença e ausência de doença; totalidade esta composta pelas diversas fases e níveis de prevenção, sobre o qual o natural justapunha-se ao técnico, e o foco das ações convergir-se-ia à intervenção e controle das doenças (AROUCA, 1976, p. 15).

A atitude preventiva devia, então, estar ancorada na História Natural das Doenças, considerando todos seus estágios (períodos pré-patológico, instalação da doença, cura, morte ou reabilitação) ou fases, de forma a evitar a doença ou impedir que ela piorasse o estado de saúde do sujeito (NOGUEIRA, 2003, p. 178). Ao adotar esse pensamento, o médico, na visão de Arouca (2003) estaria contribuindo para melhorar o estado de saúde dos indivíduos, ou evitar o aparecimento das doenças, o que, de certa forma, seria uma alternativa para reversão do modelo assistencial que predominava.

Corroborando com esta situação, constituíram-se discursos constantes dos palestrantes dos Congressos Brasileiros de Enfermagem analisados, as críticas à medicina curativa, ao modelo hospitalocêntrico, cujas ações só se destinavam ao atendimento do indivíduo na sua fase enferma, sem ênfase na prevenção e manutenção da saúde, que, se fossem realizadas, poderiam reduzir a incidência de doenças preveníveis.

[...] Apesar das crescentes necessidades de saúde das comunidades, em sua maior parte a formação do pessoal de saúde continua tendo seu enfoque principal no hospital e no doente [...]. As escolas de Enfermagem, como as escolas de Medicina, têm prestado atenção preferencialmente ao cuidado dos

enfermos nos hospitais em prejuízo da prevenção das enfermidades, a manutenção e o fomento da saúde [...] (MUXFELDT, 1977, p.17).

Essa fala, presente nos anais do XXIX CBEN, em 1977, na conferência intitulada “Assistência de Enfermagem ao cliente”, proferida pela enfermeira Léa Cecília F. Muxfeldt, professora da Escola de Enfermagem de Porto Alegre, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e chefe do Serviço de Enfermagem de Saúde Pública do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), nos transmitiu uma necessidade que o país apresentava, que era a formação de profissionais de saúde, especialmente médicos e enfermeiros, realmente comprometidos com a saúde da população, através da prática de ações preventivas, já apontadas por Arouca e outros atores envolvidos com a saúde brasileira como imprescindíveis para o alcance de níveis elevados de saúde.

Conseqüente a essa dicotomia assistencial, tão “denunciada” nos periódicos de saúde pública, nos seminários, nos congressos, houve o agravamento das deformações das atividades que cada vez mais enfatizavam a hospitalização, favorecendo o setor privado, em detrimento de ações preventivas e de atenção primária, ligadas à proteção da saúde. No bojo desse movimento, a Enfermagem passou a ocupar espaços na rede hospitalar majoritariamente privada, empresarial e lucrativa, atendendo aos interesses capitalistas.

A saúde pública, constituída por um conjunto variado de ações de prevenção e controle de enfermidades, tem recebido, historicamente, a responsabilidade de cuidar, sobretudo, dos grupos sociais marginalizados do sistema produtivo. Em decorrência, seu território é ocupado pelo Estado com monopólio até então inquestionado [...]. A formação e a utilização de recursos humanos para a saúde estiveram sempre determinadas pelo mercado de trabalho no setor [...]. Não importa que as instituições formadoras não tenham articulação formal com as instituições utilizadoras; como uma e outras são resultados de um mesmo processo gerador e respondem aos mesmos determinantes estruturais, as primeiras tendem sempre a ajustar-se às características da demanda ou exigências de trabalho dominantes nas segundas (VIEIRA, 1978, p. 46 e 49).

Isto posto, parece-nos necessário relacionar que a política de saúde existente sofria influência direta dos interesses do capital, uma vez que, ao privilegiar a assistência curativa, favorecia a indústria farmacêutica, e a tecnologia sofisticada de equipamentos hospitalares. A Medicina e a Enfermagem passaram a consumir medicamentos e equipamentos industriais, o que favoreceu o crescimento e desenvolvimento das empresas multinacionais e o comércio da saúde (XAVIER, GARCIA e NASCIMENTO, 1988, p. 197).

Ressalta-se que, em função da necessidade de manter atividade financeiramente viável, a nível municipal, as prefeituras lançam-se em programas assistenciais de caráter puramente curativo e tendem a abandonar atividades assistenciais preventivas (FERNANDES¹⁰, 1978, p. 32).

Por sua vez, o segmento de atenção médico-hospitalar era levado a uma situação de impasse, porque a realização de seu papel secundário – a acumulação capitalista das empresas de saúde – cada vez mais se impunha sobre o exercício de sua função principal de reprodução da força de trabalho. A elevação de custos da atenção médico-hospitalar consumia vorazmente os recursos da Previdência Social, sem que houvesse uma melhoria qualitativa ou aumento quantitativo correspondentes dos serviços prestados. Tornou-se, pois necessário racionalizar o modelo assistencial médico-hospitalar, capacitando-o a fazer as pressões crescentes da demanda da população trabalhadora, de modo compatível com a capacidade de financiamento da Previdência (VIEIRA, 1978, p. 47).

Objetivando resolver essa problemática, a Medicina Preventiva (AROUCA, 2003, p. 14) se caracterizou como um processo contra hegemônico - uma vez que ia contra os interesses do capital - através da incorporação de novos conceitos, com ampliação do objeto de estudo para além do corpo, da doença, mas expandindo-se à questão social, o que deu origem a um conceito ampliado da saúde e do homem.

Esse fato traria à tona a idéia de inadequação do ideário preventivista aos interesses capitalistas, uma vez que uma sociedade em transformação, detentora dos conhecimentos acerca da sua saúde, onde o indivíduo passaria a ser co-responsabilizado pelo seu estado de saúde ou doença, teria mais controle sobre seu corpo, o que seria indesejável à sociedade que sofria os efeitos da industrialização.

A doença, sob esse olhar, convergir-se-ia para o espaço social, retirando do hospital a responsabilidade maior sobre a saúde das pessoas. Ou seja, Arouca (2003) propunha em sua tese uma redefinição das práticas, na tentativa de gerar soluções para os problemas de acessibilidade, resolutividade e eficiência do sistema.

Assim, a Medicina Preventiva, como uma forma de repensar a realidade social, sob a ótica de Almeida (1989, p. 48), foi o novo corpo de conhecimentos que se constituiria como um instrumental teórico para a execução da prática de enfermagem, e se caracterizou por acompanhar as necessidades dos serviços de saúde.

Os dados que apresentamos dão margem à discussão de múltiplos aspectos, dentre eles alguns indicadores que refletiram o quadro sanitário da década de 1970, e que nos deram um panorama dos problemas mais prevalentes que acometiam a população em âmbito nacional, e

¹⁰ Técnico de Planejamento e Pesquisa do IPEA, ator do XXX CBEN, 1978, com a conferência “O ensino e a assistência de Enfermagem face aos programas de extensão de cobertura de saúde”.

que poderiam ser em parte resolvidos com ações básicas de saúde. Dentre elas destacamos as doenças transmissíveis, consideradas graves problemas de saúde pública.

Essa situação se refletiu no discurso da enfermeira Nilce Piva Adami, professora da Disciplina Enfermagem de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, denominado “Situação de Saúde no país: implicações para a Enfermagem”, do XXIX CBEN:

Em geral, os aspectos predominantes do estado de saúde das diferentes regiões são as altas taxas de morbidade e mortalidade causadas por doenças redutíveis ou erradicáveis, que afetam particularmente o grupo materno-infantil (ADAMI, 1977, p. 8).

Nesse período, a população era acometida por doenças infecciosas que constituíam ainda graves problemas de saúde pública, caracterizado pela precariedade de condições de saneamento básico. Adami (1977, p. 10) apontou dados que indicavam que dos 3.953 municípios levantados em 1974 quase 70% não tinham abastecimento de água e quase 87% não possuíam esgoto. A maior precariedade era encontrada na área rural, porém, a situação na zona urbana também era bastante deficitária: 50% dos domicílios não contavam com água encanada e quase 76% não possuíam instalações sanitárias ligadas à rede geral.

[...] A estratégia a ser utilizada para fazer frente à nossa problemática de saúde requer a utilização racional dos recursos existentes, dando ênfase, porém, à execução de atividades que com menor custo unitário produzam maiores benefícios para a maior parte da população; a assistência domiciliária e ambulatorial de preferência à hospitalar; a de hospital geral comunitário de preferência à proporcionada por estabelecimentos especializados [...] (ADAMI, 1977, p. 11).

São doenças que exigem medidas simples, técnicas de custo reduzido e organização sem sofisticações, mas, que atualmente, ou são tratadas num sistema superestruturado, de altíssimo custo e eficácia reduzida, ou deixam de ser tratadas pela dificuldade de acesso ao sistema, o qual, por sua vez não considera a saúde, mas apenas a doença do homem, comportando a exploração com fins lucrativos (RIBEIRO, 1980, p. 22).

Esses dados demonstraram o esgotamento do modelo centrado nas ações curativas, que produzia indicadores baixos de saúde, por não valorizar aspectos referentes aos fatores ambientais e sociais do indivíduo, como determinantes, no processo saúde-doença. Este fato seria resolvido, em parte, com a adoção de medidas preventivas.

Isso demonstrou que a prestação de serviços de saúde, ao se voltar para o atendimento especializado, curativo, de tecnologia sofisticada, centralizado no hospital, não considerava fatores referentes à saúde pública, aqueles ligados à prevenção, que poderiam minimizar a incidência de doenças preveníveis.

Dentro dessa perspectiva, Teixeira (1980, p. 21) correlacionou a situação de pobreza da população brasileira e o surgimento de doenças, apontando que a questão da miséria era um problema político coletivo, de responsabilidade direta do Estado, uma vez que este era o representante dos interesses coletivos. Esse pensamento condiz com as idéias de Arouca, ao contextualizar o processo de adoecimento ao contexto social do indivíduo, sendo este um dos seus determinantes, e ainda relacionou-se à Lei 6229/1975, que colocou nas mãos do Ministério da Saúde ações de caráter coletivo.

Outro aspecto apontado por Fernandes (1977, p. 32) no XXX CBEN foi relativo à concentração dos estabelecimentos de saúde, em sua maioria presentes na Região Sudeste, o que deixava a população de outras regiões sem cobertura adequada, e contribuía ainda mais para o aprofundamento da crise da saúde.

Os diagnósticos existentes revelam também a concentração excessiva de recursos nas áreas centrais das regiões urbanas e particularmente das Regiões Metropolitanas, com os serviços em desacordo com as necessidades prioritárias das regiões. Apesar da multiplicidade de instituições que se propõem a atingir objetivos semelhantes ou complementares, verifica-se uma desordenação que resulta na baixa eficácia dos recursos existentes, a custos crescentemente elevados (FERNANDES, 1977, p. 32).

Ao elencar os problemas que mais acometiam o sistema de saúde, na década de 1970, e que não conseguiram ser resolvidos com a instituição do SNS, em 1975, destacamos: serviços de saúde centralizados em metrópoles, predomínio de ações curativas sobre preventivas, altos custos do atendimento em saúde, o que gerava prejuízos à Previdência Social, especialização crescente dos profissionais e tecnologia sofisticada e onerosa, ampliação do complexo médico - hospitalar, garantido às custas de algumas leis e planos do Ministério da Saúde (como o Plano de Pronta Ação, que representou os interesses do empresariado da saúde, ao definir critérios para a expansão da rede hospitalar, favorecendo, assim, o empresariado), profissionais não habilitados a prestar atendimento sob a ótica preventivista, e em número deficiente em face à grande demanda existente, dentre outros fatores, que contribuíram para a crise do Sistema Nacional de Saúde no país.

Nesse contexto, como forma de rever as ações de saúde praticadas no âmbito hospitalar, principalmente pela classe médica, Maria Ivete Ribeiro de Oliveira, enfermeira, presidente do Conselho Federal de Enfermagem, no ano de 1980, propôs em sua conferência intitulada “A Previdência Social”, tema I do XXXII CBEN, uma maior abertura do modelo, de forma que as demais categorias profissionais participassem das ações de saúde, de forma a

garantir um atendimento melhor e mais eficaz à população. Nesse mesmo discurso ainda fez uma crítica ao papel da Enfermagem na Previdência:

É sabidamente discriminada a Enfermagem na Previdência, pois nem sequer dispõe de um órgão coordenador de suas ações, em que pese trata-se de um largo contingente de pessoal – o maior talvez, se incluirmos todos os exercentes da Enfermagem [...] os enfermeiros, dispersos em equipes, têm um papel subsidiário, com um rendimento muito aquém de suas possibilidades [...] (OLIVEIRA, 1980, p. 25-26).

Foi o que se observou ainda na produção de um dos atores do XXX CBEN, na conferência “A Enfermagem e o Sistema Nacional de Saúde”, que revelou um déficit de profissionais enfermeiros no sistema de saúde, o que comprometia a assistência:

[...] Oguisso [enfermeira citada por Matos] refere em seu trabalho apresentado no Congresso Brasileiro de Enfermagem em 1975 que uma das primeiras características do hospital não governamental é a carência de enfermeiras. O aumento da receita é, em geral obtido mediante economia na contratação de pessoal qualificado. Por ser mais onerosa a contratação de enfermeiras estas são substituídas por auxiliares de enfermagem e até por atendentes, a quem são entregues atribuições e responsabilidades do nível de competência da enfermeira. Como resultado, foram observadas falhas graves nos aspectos técnico-profissionais, administrativos, de educação em serviço, supervisão do pessoal, orientação de pacientes e familiares e de problemas éticos [...]. Essas deficiências refletem-se negativamente na assistência prestada à comunidade, uma vez que, cerca de 60% das ações de saúde são desenvolvidas por pessoal de enfermagem [...] (MATOS, 1978, p. 26).

A estrutura social e econômica brasileira, regida pela lógica do lucro, especialmente no setor hospitalar privado, influenciou na composição de uma equipe menos qualificada, ou menos adequada às necessidades assistenciais da clientela.

Como a Medicina Preventiva não pretendeu mudar as estruturas já existentes, ou propor reformas nas políticas de saúde brasileiras, que passavam por uma crise (AROUCA, 1975, p. 241), mas sim revelou-se como um movimento de mudanças de atitude da prática médica, necessária para rever as formas de abordagem em saúde, que privilegiavam o atendimento individual/curativo, e que não atendia às necessidades criadas pelo modelo capitalista. Os cuidados médicos apresentavam-se em crise, uma vez que não solucionavam o conjunto de problemas que emergiam da população.

Entretanto, como forma, de rever a crise que assolava o sistema de saúde no Brasil, os profissionais de saúde, em suas conferências, propuseram, além da valorização das ações preventivas de saúde, de forma a minimizar os efeitos do modelo médico-hospitalar, enfatizadas por Arouca e reforçadas por inúmeros atores, aperfeiçoar a formação dos profissionais de saúde, de forma a contemplar em seus currículos disciplinas das Ciências Sociais, Epidemiologia, Estatística, dentre outras, que oferecessem subsídios para a mudança

de atitude e compreensão do contexto e dos fatores determinantes e condicionantes das doenças.

Portanto, o embate dos modelos curativo e preventivo, posto em discussão nessa categoria, revelou que, ao aglutinar a maior parte dos recursos da Previdência Social, a assistência curativa destinada aos segurados, dificultava a inserção de atividades preventivas no nível primário de assistência à saúde.

Isso resultou em uma segregação assistencial, uma vez que grande parcela da população brasileira, por não ter assistência segurada, encontrava-se marginalizada dos serviços de saúde, o que, conseqüentemente acarretou indicadores ruins de saúde, situação esta muito denunciada nas discussões que ora trouxemos.

Dessa forma, todos os fatos apontados demonstraram que as ações de saúde sofriam uma dicotomização clara, na medida em que fora determinado ao Ministério da Saúde a execução de ações coletivas/preventivas, ao MPAS a responsabilidade sobre as ações assistenciais curativas; corroborando o fato de que a crise da Previdência, deflagrada por essa política, gerou a crise da saúde no Brasil.

3.2 O direito à saúde x O poder médico

O quadro sanitário do Brasil encontrava-se em condições delicadas no decorrer das décadas de 1960 e 1970, o que trazia a necessidade de ações urgentes, dado o esgotamento do modelo assistencial curativo.

Diante dessa problemática, trouxemos para discussão a relação existente, ou ainda as divergências, decorrentes do poder médico sobre o sistema, o que dificultava o direito pleno à saúde por parte da população. Ou seja, existiu uma relação inversamente proporcional, no sentido que o poder médico que era exercido e que predominava sobre as demais áreas do saber, ao concentrar-se nas ações curativas, tendo como *locus* o hospital, não conseguiu proporcionar acessibilidade e resolutividade ao sistema, o que pôde ser constatado pelos indicadores baixos de saúde, já demonstrados anteriormente, e pela demanda populacional descoberta, que não tinha suas necessidades de saúde resolvidas.

Nesse cenário, que teve como pano de fundo a rede configurada pelos diversos atores que prestavam assistência à saúde da população, as ações de saúde precisavam ser remodeladas, de forma a ampliar a cobertura das ações a toda a população. Assim para compreendermos como se organizaram as relações em saúde no decorrer dos tempos,

necessário se faz o entendimento de como a Medicina se firmou como profissão concentradora de conhecimento, capital e poder político, determinando, assim, a forma de atendimento prestado.

Assim, para descrever as relações existentes entre a Enfermagem com a classe médica, Denise Pires focalizou sua discussão¹¹ com foco no surgimento dos hospitais como espaços terapêuticos, esboçando um pensamento da época, ante a posição que a Medicina já vinha ocupando no decorrer dos séculos: “Na saúde a prioridade é o modelo médico, biologicista, fundado na teoria microbiana; o cuidado é algo auxiliar, complementar, mas prioritário” (PIRES, 1989, p. 120).

A Medicina, sob este olhar, tradicionalmente, detinha o conhecimento sobre o corpo, pela tradição e tempo de exercício da Medicina; concentradora de capital uma vez que na década de 1970, com a expansão do complexo médico-industrial, que atendia aos interesses da Federação Brasileira de Hospitais, tinha os médicos como empresários e donos das instituições de saúde. E, por fim, poder político, que estaria relacionado aos dois fatores acima, acrescido ao fato de que a classe médica era aquela que exercia os cargos de coordenação nas instituições e no Ministério da Saúde.

Assim, as características que a prática médica vinha adotando eram caracterizadas pela hegemonia de suas ações, atuando de forma a monopolizar o saber sobre a doença, traduzindo-o em poder, e se cristalizando no topo da pirâmide hospitalar, passando a dirigir todas as demais práticas (ALMEIDA, 1989, p. 21). César Augusto Vieira, no XXX CBEN falou a respeito:

A dominância das ações médicas finais e a conseqüente importância do médico para desencadear e manter a circulação de mercadorias - uso de equipamentos, medicamentos, insumos determinam menor prioridade na formação e utilização das categorias profissionais ditas auxiliares ou “para-médicas”. Não é surpreendente, portanto, que o aparelho formador de recursos humanos privilegie a formação de categorias profissionais de mais elevado status, [...] cuja estrutura qualitativa e composição profissional respondem à natureza e características da prática dominante. (VIEIRA, 1978, p. 50).

Na Medicina tradicional, a cultura medicalizadora estava fortemente enraizada entre a prática médica, reforçando o controle da Medicina sobre a vida humana. No contexto das práticas capitalistas, o corpo era visto como força de trabalho indispensável ao processo

¹¹ A obra da enfermeira Denise Pires, intitulada “Hegemonia médica na saúde e a Enfermagem”, do ano de 1989, produto de sua tese, reconstituiu a história dos saberes e das práticas de saúde no Brasil, e da origem das profissões médica e de Enfermagem. Nessa obra, reflexões acerca das relações de trabalho que foram se estabelecendo ao longo dos séculos, demonstraram os motivos que consolidaram a hegemonia médica no campo do saber e da prática de saúde (1989, p.12).

produtivo, sendo o núcleo formador de patologias, e sobre o qual deveriam ser efetuadas ações para mantê-lo saudável e economicamente produtivo. Este corpo e os fatores que sobre ele incidiam, se tornaram objeto de ação da Medicina Preventiva (AROUCA, 2003, p. 236).

A profissão médica, para Arouca (2003) era socialmente determinada, e estabelecia relação com a sociedade, através do cuidado médico; relação esta repleta de significações sociais. Por um lado estava o saber, concentrava um saber, detentor de um corpo de conhecimentos, representado pela Medicina; por outro se encontrava- o sofrimento, ou o corpo que necessitava de cuidados. Portanto, era estabelecida uma relação dialética, no qual o conhecimento não era o instrumental a ser trocado, mas sim o cuidado, instrumento do conhecimento monopolizado (FLEURY, 2003, p. 244). Esta relação envolveria troca, o consumo de mercadorias, uma base técnico - científica, um conjunto de valores e uma relação de poder, proveniente, principalmente, da classe médica.

Procurando demonstrar as raízes hegemônicas da prática médica, que se destacou dentre os diversos ofícios de saúde no Brasil, Pires (1989, p. 84) constatou que o ofício de físicos e cirurgiões, no século XIX, predominava sobre os demais por serem independentes, institucionalizados, e reconhecidos pelo Estado, e por isso foram se afirmando como detentores de um saber legitimado, com licença legal para seu exercício. Assim, o saber da Medicina foi se impondo como verdadeiro, objetivo, único, superior e científico, sendo respeitado e valorizado socialmente, o que provocou uma perda de autonomia das demais profissões da saúde. Além disso, esse saber influenciava e definia as estratégias governamentais no setor saúde.

A implantação do poderio médico, com a apropriação do crescimento de saúde e assumindo o gerenciamento do processo de trabalho em saúde, está relacionada com a identificação dos médicos com as classes dominantes nos diversos momentos históricos, produzindo discurso, saber e tecnologia necessários à manutenção do *status* e a ordem social estabelecida, diferentemente do senso comum, que entende que a supremacia médica no setor se deve à superioridade do saber médico (PIRES, 1989, p. 105).

Analisando a construção das políticas na área, e o processo de institucionalização da medicina, Pires (1989, p. 19) descreveu acerca da imposição do saber médico sobre as demais profissões como o único, verdadeiro e superior, e que o levou a ser o gerenciador do ato da saúde, dotado de poder de comando e de delegação de funções aos demais membros da equipe de saúde.

Dentro dessa perspectiva, a autora questionou os motivos que levaram a figura do médico a ser o único que mantinha o controle de todo o processo em que se desenvolvia o ato

assistencial, sendo o “proprietário legal do saber de saúde”, se outros atores importantes, representado pelo conjunto de trabalhadores das instituições, executavam a maioria das ações de saúde.

A resposta para tal questionamento, portanto, só pôde ser respondida após uma análise histórica da evolução das práticas em saúde, dos modelos assistenciais que predominaram, da estrutura produtiva, do cenário político, das relações de trabalho estabelecidas no setor saúde, da divisão do trabalho em saúde, que serviram de base para o entendimento desse processo de apropriação médica do saber em saúde.

Dessa forma, ao analisar a conjuntura político-econômica e o quadro institucional na saúde, fundamentado pelo relato histórico de Denise Pires acerca da dominância das ações médicas, entendemos porque o complexo médico-industrial, na década de 1970, se beneficiou tanto das políticas de saúde, apresentando um crescimento vultoso no âmbito dos suprimentos médico-hospitalares e equipamentos. Isso seria explicado pela predominância das ações médicas, que, como detentores da ação terapêutica, do diagnóstico e tratamento, retroalimentaram o sistema, do qual eram proprietários, com a produção de atos médicos, que, por sua vez, geraria uma demanda, contribuindo para a consolidação do capitalismo sobre a saúde.

Nesse contexto, a tecnologia sofisticada dos hospitais, característica do modelo assistencial predominante, acompanhava as diretrizes da classe médica, o que demonstrou ainda mais a relação de poder exercida por esta classe sobre as demais, tendo em vista que a forma de trabalho dos médicos foi um dos fatores que determinou o modelo assistencial em saúde no decorrer dos tempos.

Sobre a prática médica e sua relação com o capitalismo, Teixeira (1980, p. 22) assinalou que ela sempre esteve atrelada aos interesses do capital, de crescimento e expansão do setor industrial, demonstrando que o cuidado médico assumia a forma mercantil. A prática médica, dessa forma, estaria imbricada no cerne do ciclo de acumulação e de reprodução do capital, o que ocasionaria, muitas vezes, um consumo iatrogênico.

Esse fenômeno, para esta autora, justificaria o predomínio da atenção individual sobre a curativa, uma vez que a prática curativa se pautava na individualidade do consumo, dando autonomia de ação ao grupo médico, em face de diferentes setores sociais.

A esse respeito, a enfermeira Maria Ivete Ribeiro Oliveira nos colocou os problemas criados pelo sistema de saúde “fechado” que havia sido instituído e controlado nas esferas

econômica, política, social e profissionalmente pela classe médica, que precisariam ser revistos para garantir o pleno desenvolvimento dos programas de saúde.

[...] todos estão nas mãos dos médicos, inclusive pacientes, estabelecimentos de saúde, laboratórios, outros profissionais, pessoal auxiliar administrativo, etc [...] Se o nosso sistema vier a tomar as características de um sistema menos rigidamente controlado por uma só categoria profissional, então, será mais fácil prever-se a extensão do papel do enfermeiro nas próximas décadas, em programação de atenção primária, como agente de entrada do sistema [...] (OLIVEIRA, 1979, p. 23-24).

Para o modelo que se buscava, portanto, baseado nas ações básicas de saúde, tornava-se imperiosa a desconcentração, a simplificação e a difusão do saber médico, de modo a fazê-lo apropriável e utilizável em larga escala. O que quer dizer que este saber deveria ser diluído entre as outras profissões da área de saúde, de forma a descentralizar as decisões, além de trabalhar sobre a perspectiva de vários saberes integrados, numa visão multidisciplinar.

Como o modelo assistencial vigente se baseia na medicalização e na cientifização crescente da assistência à saúde, suas práticas e organização, coerentemente, são concentradoras de conhecimento, capital e poder político (VIEIRA, 1978, p. 49).

Compartilhando dessa visão, Arouca (2003) colocou que a Medicina Preventivista era baseada na mudança de atitude do médico, ou seja, este deveria atuar junto aos problemas já existentes ou na prevenção dos mesmos, estabelecendo novas relações sociais entre família, paciente e comunidade, assumindo uma postura diferenciada, determinada por uma nova atitude, o que ocorreria dentro da mesma estrutura social. Haveria, portanto, mudança da atitude médica de forma a redimensionar suas relações sociais (AROUCA, 2003, p. 127). Ou seja, um novo ator, atuando numa nova rede de relações.

Os fatos apresentados evidenciaram que a ideologia preventivista, ao propor mudanças na assistência à saúde da população, através da introdução de novos conceitos, que divergiam do modelo hegemônico, objetivava a redefinição das responsabilidades médicas, do estudante e do profissional médico, com universalidade do cuidado, atuando em todas as fases da História Natural das Doenças, conhecendo os padrões de adoecimento, e instrumentalizados pelo ideário preventivista.

A partir da leitura do “Dilema Preventivista” já não eram mais possíveis a inocência e a ingenuidade diante da educação e da prática médicas, da organização social dos serviços de saúde e das sociedades capitalistas [...]. Ao levantar o véu da ideologia que cimentava os saberes e práticas dos preventivistas, este estudo abria horizontes de prática teórica e de prática política para os que pretendessem sair do “dilema” (PAIM, 2003, p. 153).

A dominância das ações médicas e a conseqüente importância do médico para desencadear e manter a circulação de mercadorias, uso de equipamentos, medicamentos, insumos determinaram menor prioridade na formação e utilização das categorias profissionais ditas auxiliares ou “para-médicas”. Nessa rede que foi se delineando, onde observamos a mistura de papéis entre os atores da saúde, era comum a ocorrência de freqüentes conflitos entre os profissionais, na medida em que a redefinição de papéis, responsabilidades e hierarquias funcionais – estabelecidos segundo status, valores e ideologias até então dominantes – ameaçavam interesses e posições das “classes profissionais” hegemônicas dentro do sistema de saúde.

A realidade que predominava na saúde restringia, portanto, o mercado de trabalho, na medida em que a maioria das instituições eram hospitalares, e absorviam mão-de-obra principalmente médica. A Previdência não havia mudado sua estrutura de prestação de serviços curativos, o que reforçava a atuação médica e seu cenário de práticas. A prioridade consistia, contudo, em reproduzir força de trabalho, e manter aquela existente. Não havia a preocupação com a qualificação dessa mão-de-obra, em outras categorias profissionais que não a médica (PUCÚ; WINGE, 1980, p. 30).

As mudanças necessárias, portanto, eram inúmeras. Além de rever a atitude médica como forma de otimizar assistência, refletindo positivamente no sistema de saúde, outras alterações se faziam necessárias na estrutura física das instituições, e, principalmente, no cerne das políticas públicas de saúde.

No que se referiu à Enfermagem, Waldir Arcoverde, Ministro da Saúde da época, participou da abertura do XXXII CBEN, em 1980, e ao proferir seu discurso destacou:

A Enfermagem deveria se unir aos demais setores da área social, de forma a integrar esforços para atingir um nível de saúde adequado para os povos, através de condições dignas de vida, assegurando a saúde como direito a cada brasileiro (ARCOVERDE, 1980, p. 16).

E ainda as enfermeiras Maria Nilda de Andrade e Maria Lúcia F. Lima, professoras do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, discursaram a respeito do currículo, no XXX CBEN, que deveria se adequar às mudanças pelas quais o país iria passar na área da saúde, quando se efetivasse o modelo preventivista:

Um currículo organizado de tal maneira que sua linha de integração vertical seja os três níveis de assistência, recebendo o estudante primeiramente uma boa fundamentação geral em clínica, ciências sociais e do comportamento que lhe permitisse uma visão global da saúde, para daí seguir ascendendo gradualmente aos níveis de maior complexidade e especialização. Além disso, consideramos que a modificação em nossos currículos refere-se muito mais a um novo enfoque a ser dado ao ensino do que mesmo a introdução de

novas disciplinas. Novo enfoque criador de novas atitudes (ANDRADE e LIMA, 1978, p. 83).

Neste trecho tornou-se importante destacar seu último período “Novo enfoque criador de novas atitudes”, que traz consigo as idéias de mudança de atitude de Arouca (2003), que só se efetuará mediante entendimento da problemática da saúde, resultante de múltiplas variáveis. Isso já demonstrava uma tendência insipiente, mas significativa, às mudanças, por parte da Enfermagem, e incorporação de conceitos contemporâneos relacionados à saúde.

Este fato nos remeteu a pensar que nesse processo de luta por melhores condições de assistência à saúde, a Enfermagem, conforme nos colocou Theresinha Teixeira Vieira, Alaide Vieira de Roman e Maria Antonieta Vasconcelos Luckesi (1980, p. 47), enfermeiras da Universidade Federal da Bahia e do INAMPS, atoras do XXXII CBEN, “Na busca de novos caminhos que melhor a caracterizem, eles tomam cada vez mais consciência de que o direito que a pessoa tem à saúde implica num direito de receber assistência de Enfermagem qualificada”.

No tocante a esse ponto, era discutido por estudiosos do assunto, que uma das estratégias viáveis que possibilitaria o alcance da saúde a todos os elementos da população se efetuará por meio da extensão de cobertura dos serviços de saúde e o emprego da assistência primária e participação comunitária.

Seria coerente o pensamento de que, voltando à questão do poder médico, as propostas de extensão de cobertura fossem mais reivindicadas por aquelas categorias posicionadas em níveis inferiores na hierarquia profissional do setor saúde (VIEIRA, 1978, p. 50), de forma a garantir que estas conquistassem um espaço mais concreto na assistência à saúde.

Nesse sentido, o poder médico estaria ameaçado se as ações de saúde se pautassem em atividades preventivas, uma vez que outros membros da equipe multidisciplinar de saúde seriam protagonistas destas ações, ressaltando a importância da multidisciplinaridade no atendimento à saúde, e tirando de foco as atividades médicas como absolutas no cuidado à saúde.

Assim, vimos que as atividades desenvolvidas no campo do setor saúde foram se modificando historicamente, influenciadas pela conjuntura global, e que foram se moldando ao avanço do conhecimento na área e às mudanças na estrutura social. Nesse processo, o médico se apropriou do saber de saúde, assumiu a gerência do trabalho em saúde, e passou a deter o controle do ato assistencial; isso pôde ser verificado quando, ao resgatar um pequeno momento da história das profissões da saúde, notamos que o controle de ensino destas escolas e do exercício profissional estavam sob o seu domínio.

No bojo dessa discussão, as reivindicações pela mudança do modelo assistencial curativo, ou por uma maior abertura deste modelo, se tornaram objeto de debates entre os atores dos Congressos Brasileiros de Enfermagem, que trouxeram inúmeras vezes para os plenários assuntos como assistência primária à saúde e extensão da cobertura das ações básicas, conforme veremos na categoria seguinte.

3.3 A extensão de cobertura assistencial: as ações básicas de saúde em foco

A mudança na esfera política, propriamente dita, começara a se efetuar após debates dos partidários do movimento sanitário, que redigiram documentos cujo conteúdo delineavam um novo sistema de saúde, mais igualitário, integral, acessível à população, e universal, em que todos teriam direito à saúde. Um fato que consolidou o exposto foi o documento do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde denominado “A questão democrática na área de saúde”, apresentado à Câmara dos Deputados em 1979, representando um esboço do que viria a se constituir o SUS na Carta Constitucional de 1988. Portanto, somente quando se iniciou o processo de abertura política do regime, as idéias contra-hegemônicas começaram a emergir mais efetivamente.

No entanto, essas mudanças no cerne das políticas de saúde só conseguiriam se concretizar num país democrático; no sentido que saúde e ditadura não caminhariam juntos, conforme colocou Arouca.

Quanto à mudança de atitude do profissional de saúde, Arouca (2003) defendeu que este deveria considerar todos os fatores que poderiam levar ao adoecimento do indivíduo. Referiu-se a uma prática que valorizasse o social, família e comunidade, pautada em ações preventivas.

Nesse sentido, discussões acerca da situação da saúde no Brasil vieram se consolidando no decorrer das décadas de 1970, mostrando uma tendência à busca de relações entre a área de saúde e a estrutura social, como forma de responder à crise no setor saúde dos países capitalistas (ALMEIDA, 1989, p. 21).

Vieira (1978, p. 54), ator do XXX CBEN (1978), discorreu acerca da reorganização dos serviços de saúde, que estaria vinculada a um jogo de forças entre os setores da sociedade; mudanças que demandariam reestruturação das práticas de uma forma geral.

Além disso, na passagem do plano dos programas para a realização concreta de um novo sistema de serviços, a reforma das práticas e da organização de saúde não se dá de maneira isolada do processo de transformação global da sociedade. Como um processo eminentemente social, a transformação do sistema de saúde não decorre apenas da mediatização do conhecimento e da tecnologia de saúde, mas do confronto de uma gama variada de forças econômicas, políticas e ideológicas.

Como espaços políticos de reivindicações, as conferências nacionais de saúde, a partir dos anos de 1975, 1977 e 1980 (V, VI, VII) já defendiam a extensão de cobertura das ações de saúde, principalmente de regiões mais carentes, como um instrumento de mudança do modelo assistencial. Para tal, alguns programas foram implantados buscando valorizar a atenção primária, como o PIASS e o PREV-SAUDE (XAVIER, GARCIA e NASCIMENTO, 1988, p. 191).

[...] o PIASS se volta para a área rural onde se localiza um vazio em termos de cobertura populacional de serviços de saúde. Sua preocupação maior, então, é a de criar e implantar uma rede básica de unidades de saúde, funcionalmente integradas com os níveis assistenciais mais complexos situados na zona urbana (VIEIRA, 1978, p. 37).

Embora a Lei nº 6229/1975 não tivesse eliminado as distorções do sistema, permitiu a organização de programas experimentais, como os programas de extensão de cobertura, no qual destacamos o PIASS, 1976, cujas diretrizes orientadoras foram os conceitos de assistência primária de saúde, e teve como objetivo implantar uma estrutura básica de saúde pública em comunidades de até 20 mil habitantes.

Do XXIX CBEN, cujo tema oficial foi “Situação de saúde no país - implicações para a enfermagem” foram extraídos discursos que já demonstravam uma tendência à mudança do foco assistencial na área da saúde, onde as ações de caráter coletivo baseadas na prevenção da doença começaram a ser discutidas, tendo em vista a situação de saúde em que se encontrava o povo brasileiro. É o que se verificou na fala abaixo:

[...] Para o funcionamento efetivo deste sistema é necessário que os serviços de saúde oferecidos à população realizem uma cobertura máxima possível e integral das pessoas vulneráveis [...]. Nestas circunstâncias é reconhecida cada vez mais a necessidade da utilização do pessoal de enfermagem e de pessoas da comunidade como elementos de vanguarda na área de atenção primária de saúde à coletividade [...] (ADAMI, 1977, p. 12-13).

As modificações necessárias para o funcionamento de um sistema que agregasse as ações básicas, articulado e regionalizado prendiam-se basicamente ao aspecto das relações intersetoriais. Por ser a instituição mais importante no contexto assistencial, a Previdência Social tendia a influenciar o sistema com suas peculiaridades (FERNANDES, 1978, p. 33).

Quanto às instituições, a proposta seria a estruturação de uma assistência de caráter simplificado através de uma medicina sem sofisticações, e voltada para os problemas prevalentes da população. Com isso haveria um disciplinamento da atividade empresarial, uma vez que as atividades mais simples de proteção à saúde – a nível ambulatorial e de caráter preventivo seriam enfatizadas. Daí, Fernandes (1978, p. 33) destacou: “considerar a atividade empresarial no setor saúde como complementar às funções do setor público”, o que contribuiria com a redução dos custos que a rede hospitalar curativa ocasionava.

A adoção da assistência primária, nesse ponto, viria na tentativa de solucionar o problema da crise do setor saúde. O esgotamento do modelo de desenvolvimento seguido, até então, impunha a reciclagem de seus componentes econômicos, políticos, sociais e humanos. A prioridade seria promover a incorporação de populações urbanas e rurais marginalizados do sistema produtivo, do mercado de consumo e do próprio sistema político.

A proposta político-ideológica, diante desse quadro, seria da participação multisetorial, do qual setores como saúde, saneamento, educação, habitação, além daqueles envolvidos diretamente no sistema produtivo, trabalhando de forma integrada, conduziram a uma mudança do quadro sanitário brasileiro (VIEIRA, 1978, p. 47).

A extensão de cobertura, por conseguinte, impunha que a formação e a utilização de recursos humanos se faziam em bases significativamente diferentes daquelas em vigor. Ou seja, se no modelo curativo o médico representava a figura central da saúde, do qual partiam todas as decisões, nos programas de extensão de cobertura seriam congregados outros atores, dentre eles auxiliares polivalentes de nível médio e elementar, trabalhando sobre outra perspectiva, considerando as reais necessidades de saúde da população e as características dos serviços. Foi verificado na fala de Vieira (1978, p. 50):

Trata-se de preparar, em larga-escala, agentes de saúde que veiculem a dispersão do conhecimento, possibilitando sua aplicação em benefício da população onde quer que esta se encontre. O conteúdo de sua capacitação deve enfatizar, antes que o domínio especialista de técnicas [...] a formação de equipes de saúde multiprofissionais, tecnicamente capazes, sem excessos, mas capazes também de entender o sentir da população, de participar com ela e com ela aprender e não apenas ensinar; equipes capazes de compreender o processo social da saúde e de inserir-se nele ativamente.

É interessante notar que essas idéias, ao mesmo tempo em que trouxeram indícios do pensamento preventivista de Arouca (2003), ao inserir as questões sociais no processo saúde-doença, supôs a habilitação de outros profissionais como protagonistas nas ações básicas de saúde, compondo uma equipe multidisciplinar e desconcentrando, assim, o saber da figura do médico.

Conseqüentemente, os programas de extensão de cobertura que foram executados no Brasil se baseavam nos seguintes conceitos fundamentais, de acordo com Vieira (1978, p. 40-41):

Universalização do direito à proteção e à recuperação da saúde, assegurando-o, sobretudo às populações hoje desassistidas; [...] utilização em massa de pessoal de nível médio e elementar, atuando por delegação de funções mediante treinamento e supervisão; adoção de tecnologias simplificadas e de baixo custo [...]; utilização de equipamentos simplificados instalados em unidades sanitárias localizadas [...]; organização das unidades de saúde num sistema de serviços hierarquizado e regionalizado segundo o grau de complexidade de cada uma e acompanhando a distribuição espacial da população.

Um sistema hierarquizado, na medida em que inseria os profissionais na comunidade, ao implantar unidades de saúde locais, ampliava o acesso da população aos serviços de saúde. Esses, por meio do pessoal de nível técnico devidamente treinado, difundiam conhecimento sobre medidas preventivas à população da área assistida, contribuindo, assim, para melhoria dos indicadores de saúde.

Corroborando com esse quadro, tínhamos a coletividade brasileira padecendo de altos índices de mortalidade geral, materna e infantil; vida média ao nascer baixa; população maior de 50 anos com doenças típicas do processo de envelhecimento como doenças crônico-degenerativas - o que gerava ainda mais a necessidade de ações urgentes para reverter esse quadro.

Para tanto, tornara-se imprescindível a implantação, no país, de um grande número de unidades de saúde periféricas, organizadas e equipadas com o emprego de técnicas e procedimentos simplificados, utilizando pessoal local. Estas unidades deveriam contar com a orientação e supervisão de serviços de maior porte que complementassem a assistência prestada pelas primeiras e encaminhassem os casos quando necessário às unidades diferenciadas, gerais ou especializadas (ADAMI, 1977, p.11). Foi o verificado na exposição da enfermeira Nilce Piva Adami, na sua conferência do XXIX CBEN, 1977:

Para o funcionamento efetivo deste sistema é necessário que os serviços de saúde oferecidos à população realizem uma cobertura máxima possível e integral das pessoas vulneráveis. Regionalização e hierarquização dos estabelecimentos de saúde integrados e articulados numa rede de vários níveis de complexidade; simplificação e padronização de técnicas e procedimentos e utilização plena do trabalho de pessoal de nível técnico, auxiliar e elementar, preparados em função das realidades ecológicas regionais ou locais [...] (ADAMI, 1977, p. 12 e 13).

A citação acima propunha a adoção de um modelo baseado na atenção primária à saúde da população, num sistema regionalizado e hierarquizado. Nessa forma de organização

dos serviços de saúde, tanto um posto de saúde, situado na periferia da rede, quanto um hospital regional com pessoal especializado e tecnologia disponível, desenvolveriam atividades características dos diversos níveis de prevenção (CASTRO, 1978, p. 277).

Isto pressupunha a articulação de unidades de saúde mais complexas, como unidades mistas, ambulatorios e policlínicas; hospitais distritais, regionais e universitários, hierarquizadas segundo a complexidade de seu atendimento. Completando essas normas racionalizadoras, a regionalização surgiria como decorrência “[...] do princípio de que as unidades mais complexas deveriam estar situadas em localidades que possibilitem maior cobertura espacial e melhores condições de acessibilidade física a seus serviços” (VIEIRA, 1978, p. 41).

Esta participação objetiva desde a simples redução dos custos operacionais dos programas até a incorporação das representações sociais de saúde e doença, a desconcentração do conhecimento, a promoção do autocuidado e a garantia do direito à assistência voltada para as necessidades reais de saúde da população [...]. Ao contrário das práticas habituais do sistema de atenção, em que os clientes consomem passivamente os bens e serviços, os programas prevêm papéis ativos para a população na proteção e recuperação de sua saúde (VIEIRA, 1978, p. 45).

Além da participação ativa da população no processo saúde-doença, trabalhando progressivamente no sentido de uma maior ênfase à medicina preventiva, no combate direto às causas das doenças, os profissionais de saúde, e aqui foram incluídas as enfermeiras, também seriam figuras importantes na execução dessas ações, visando atender, “em longo prazo, as necessidades das comunidades interioranas geralmente afetadas por problemas de higiene, endemias e saneamento” (FERNANDES, 1978, p. 33).

No que se referiu à Enfermagem, portanto, sabemos que pôde contribuir para a correção dos desequilíbrios sociais, desde que tomassem consciência do seu papel e que as instituições de saúde criassem condições que favorecessem o trabalho das enfermeiras no “âmbito de ação comunitária, e que procurem valorizar os aspectos de promoção e proteção da saúde e de prevenção de doenças, complicações ou incapacidades”, na assistência de Enfermagem à família, adotando como princípio norteador a integralidade da prática de Enfermagem (CASTRO, 1978, p. 177).

A grande questão do momento é como conduzir à prática dos programas baseados na assistência primária e participação da comunidade, bem como introduzir o novo modelo de formação do profissional de enfermagem para desempenhar o papel que ditos programas estão a demandar. Já que novas funções estão sendo acrescentadas ao papel do enfermeiro, surge a necessidade de incluir no currículo a base teórica e o treinamento, necessários para a execução das mesmas (ANDRADE e LIMA, 1978, pág. 77).

Ao rever os pensamentos dos enfermeiros nos registros extraídos dos Anais dos Congressos de enfermagem, notamos neles a incorporação, em suas produções, dos conceitos fundamentais da Reforma Sanitária e das idéias preventivistas, negando o modelo curativo, e aderindo-se ao modelo preventivista. Aos poucos essa nova proposta, ao ser compartilhada e executada pela Enfermagem, construiria um novo saber para a profissão, ancorada nas mudanças do sistema e nas políticas de saúde.

Embora as alternativas de reorganização do sistema de saúde, da “rede” da saúde, tivessem sido diversas, a tônica comum foi o esforço de compreensão pelos profissionais e gestores dos indícios externos para os quais a situação de saúde brasileira sinalizava: o esgotamento do modelo.

Dessa forma, o novo modo de fazer e assistir em saúde demandaria efetiva interação e coordenação entre seus atores, num processo contínuo, de engenharia heterogênea, formando uma engrenagem representada pela rede hierarquizada e regionalizada dos serviços de saúde. As novas exigências em saúde necessitariam trabalho conjunto, multidisciplinar e redirecionado às necessidades reais da população pautado nas ações primárias de atenção à saúde.

Isto posto, passaremos adiante à discussão levantada nos congressos acerca da inserção da Enfermagem nesse novo cenário de mudanças, que trazia na extensão da cobertura das ações básicas de saúde, estratégia prioritária para reversão do quadro de saúde da população.

4 O REDIMENSIONAMENTO DO PAPEL DA ENFERMAGEM BRASILEIRA NO SETOR SAÚDE

O foco das ações do enfermeiro, com a redefinição das políticas de saúde e as discussões acerca da inadequação do modelo assistencial, se desviou da atenção centrada no hospital para ações de cunho preventivo, com utilização de tecnologia simplificada, no qual o contato direto com a população seria o foco do trabalho a ser desenvolvido pelo enfermeiro.

Essas modificações na forma de olhar o indivíduo e sua forma de adoecimento provocaram discussões no cerne das instituições de ensino superior, especialmente nos cursos de graduação em Enfermagem, que, procurando se adaptar ao que de novo a saúde trouxera, revisaram seus currículos, na busca de ensino de qualidade e mais adaptado à realidade brasileira. A idéia estava na formação do aluno baseado em competências, ou seja, preparado para os novos desafios que a grande rede composta pelas instituições de saúde públicas e privadas estavam a exigir.

Nesse cenário das políticas de saúde, a assistência primária foi um novo campo que se abriu à enfermeira; e para que ela pudesse dar uma contribuição efetiva, foi necessário não apenas o preparo específico para as ações que lhe cabiam nesse nível, como também uma atitude positiva em relação à utilização de pessoal elementar para a execução de tarefas simples, sob sua supervisão e com a participação da comunidade. Matos (1978, p. 25-27), em contribuição ao XXX CBEN, observou que:

[...] As tendências mais marcantes que caracterizaram as novas estruturas são a regionalização com a conseqüente descentralização administrativa e de supervisão, e a preocupação com a extensão da cobertura, tendência esta que reflete uma orientação da federal, expresso como objetivo do II PND, e mais recentemente pelo Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) [...]. No Brasil, o grande desafio a enfrentar é a interiorização dos serviços de saúde, ou seja, a implantação de uma rede de “Assistência Primária” voltada para a solução de problemas básicos de saúde que afetam a população dos pequenos centros urbanos e da zona rural [...].

Adalgisa Vieira Matos, nessa produção, evidenciou, além de uma postura de envolvimento com as questões políticas, uma preocupação com as novas tendências em saúde, já lançadas, primeiramente, com a implantação do PIASS, em 1976, e que deveria orientar as ações futuras de Enfermagem, uma vez que todos os fatores apontavam rumo à modificação das políticas, sob os princípios da atenção básica, tão defendidos na Conferência de Alma Ata, no ano de 1978.

Face à nova realidade, houve um aumento significativo dos cursos de Enfermagem no Brasil, com inovações no que se referiu ao ensino, demonstrando a busca pelo aperfeiçoamento profissional frente aos desafios impostos pela rede, conforme verificado abaixo:

[...] Em consequência, de 1976 a 1978 o número de cursos de Enfermagem no país passou de 41 para 57, havendo uma elevação na oferta de vagas nos cursos já existentes, salientando-se que praticamente em todas as unidades da federação já existem cursos de Enfermagem [...] No que se refere às normas específicas recentemente elaboradas, destaca-se como inovação a introdução da consulta de Enfermagem a gestantes e crianças saudáveis como atividades básicas nos ambulatórios, bem como a integração de aspectos preventivos na assistência de enfermagem, tais como imunizações, trabalho educativo com grupos, etc [...] (MATOS, 1978, p. 20-21).

O XXX CBEN, conforme observado nessa sequência de citações, veio trazer à comunidade científica de Enfermagem discussões acerca da nova política vigente no país, instituída pelo SNS, e foi caracterizado por grandes temáticas que permearam a fala da quase totalidade dos discursos dos conferencistas. Foi uma preocupação constante a inserção da Enfermagem nesse processo, com vistas à mudança dos currículos dos cursos superiores para formar profissionais condizentes com as necessidades do mercado e da população.

O processo saúde-doença, nessa perspectiva, deveria ser acompanhado sob um olhar ampliado, propiciando atenção continuada à saúde em todas as etapas do processo de adoecimento, não somente na ocorrência de doença. Para tal, a expansão dos serviços, em discussão nos diversos setores da sociedade, dependeria da ação de vários profissionais, dentre esses, os enfermeiros, através do exercício da autonomia profissional, alicerçado na competência técnica. Complementando essa fala, Maria Ivete Ribeiro de Oliveira, em discurso no XXXI CBEN, 1979, ressaltou:

Os modelos devem comportar a utilização mais racional e mais eficaz dos vários profissionais da saúde, de sorte a garantir uma atuação com responsabilidade e autoridade definidas nas várias etapas evolutivas do processo saúde-enfermidade, e, assim, propiciar uma atenção continuada de saúde e não esporádica, na ocorrência da doença (OLIVEIRA, 1979, p. 24).

Nesse contexto, Circe de Melo Ribeiro, enfermeira, presidente da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), para o quadriênio 1980-1984, em seu discurso de posse no encerramento do XXXII CBEN (1980, p. 21) colocou os inúmeros desafios encontrados pela Enfermagem para seu crescimento e desenvolvimento, tendo em vista os avanços tecnológicos e as mudanças ocorridas no campo político, após a criação do Sistema Nacional de Saúde, em 1975.

A Enfermagem, nesta década, deve enfrentar o sério desafio das definições: definição de seu papel no contexto da saúde e não da doença, definição de seu papel nos ambiciosos e sadios programas de extensão de cobertura dos serviços de saúde, definição de suas novas diretrizes educacionais e de suas funções legais (RIBEIRO, 1980, p. 21).

Todas essas questões deveriam ser consideradas no redimensionamento das ações de saúde, trazendo em seu bojo a idéia das questões sociais, propostas por Arouca (2003), e confirmando as conseqüências do sistema capitalista em expansão. “[...] se reconhece a necessidade de que sejam adotadas medidas de caráter social, capazes de corrigir os efeitos deletérios de um processo acelerado de acumulação [...]” (OLIVEIRA, 1980, p. 25).

Nesse trecho, Maria Ivete Ribeiro de Oliveira, trouxe a idéia de uma política social, cujos objetivos giravam em torno da elevação dos níveis de vida da população, no qual a saúde era variável dependente, ou seja, os determinantes sociais e econômicos exerciam influência direta no processo saúde-doença. Este foi um dos aspectos abordados por Arouca (2003) em sua tese.

O XXXI CBEN, 1979, por outro lado, trouxe reflexões e auto-avaliações sobre o nível de envolvimento dos enfermeiros com a realidade externa, no intuito de mudança de conduta profissional. Neste sentido, Oliveira (1979, p. 9), que debateu sobre o tema “Enfermagem e estrutura social”, nos colocou:

A Enfermagem brasileira mudou neste decênio; cresceu e se tornou uma profissão adulta; saiu do casulo e perdeu o egocentrismo das profissões adolescentes porque tem buscado servir mais sintonizada com os anseios da sociedade a que ela mesma integra [...].

Assim, observou-se que a Enfermagem, mais do que redescobrir papéis e redirecionar suas ações, necessitaria estar integrada aos problemas da sociedade, de forma a atender seus reclamos, delimitando seus espaços perante o sistema de saúde, em suas novas formas de organização.

[...] À luz das mudanças ocorridas nos domínios científicos e sociais e tendo em vista as metas da política de saúde, no sentido de estender os serviços de saúde a toda população, a Enfermagem e outras profissões da área de saúde necessitam adaptar e expandir seus papéis [...]. E embora essa evolução venha a exigir das enfermeiras a delegação de algumas de suas atividades tradicionais, a fim de assumirem novas responsabilidades, o núcleo de sua prática e o seu título devem permanecer, sem equívoco, de Enfermagem – e os cursos de formação profissional devem prepará-la para a ampliação de seu papel, nas várias áreas da Enfermagem (CASTRO, 1978, p. 10).

Portanto, a Enfermagem que adentrou a década de 1980 foi aquela que buscou responder às demandas oficiais, ao delinear uma prática condizente com os programas

determinados pelas políticas públicas. Respondendo a esses anseios e assumindo uma postura crítica, reflexiva sobre seu papel e o sentido de sua prática profissional, a Enfermagem responderia a um compromisso social, que consideraria o entorno e os determinantes sociais do processo saúde-doença. Foi o exposto na conferência “Assistência de Enfermagem pela problemática do INAMPS”, proferida pelas enfermeiras do INAMPS de Salvador, Bahia, no XXXII CBEN, 1980:

[...] toda prática profissional de enfermagem sofre influências de quatro tendências: [...] da que busca responder aos anseios oficiais, delineando uma prática para os programas criados, sem qualquer reflexão sobre os mesmos; da que decorre de conflitos gerados pelas correntes anteriores, e, procurando o enfermeiro refletir sobre o sentido de sua prática profissional, responder a uma necessidade de um compromisso social mais amplo e tentar ocupar o espaço profissional ainda não plenamente preenchido (ARAÚJO, SILVA e PARAÍSO, 1980, p. 35).

Todas as citações aqui apresentadas, além de confirmarem a adesão das enfermeiras às idéias preventivistas, demonstraram uma postura de reflexão acerca das articulações realizadas no campo social, assumindo uma posição ativa na discussão e proposição de mudanças perante essas questões. Assim, houve, progressivamente, uma ruptura com a postura passiva, acrítica, de subordinação, reprodutora da ideologia dominante (PIRES, 1989, p. 12), que começara a perder espaço, cedendo lugar à politização dessas enfermeiras, na busca de respostas para os problemas que enfrentavam.

Tornou-se interessante destacar que a Enfermagem sempre apresentou heterogeneidade em sua *práxis*, de uma região para outra no país. Isso ocorreu em virtude dos inúmeros fatores que influenciaram essas variações, sendo, a maioria deles, segundo Carvalho e Castro (1979, p. 52) extrínsecos à classe. Observamos nessa idéia os efeitos produzidos pela rede de assistência à saúde sobre o desenvolvimento e caracterização da identidade de uma classe profissional.

Podemos verificar, fazendo um retrospecto sobre o ensino da Enfermagem, que nosso currículo, através dos tempos, sofreu “[...] várias reformulações no sentido de adaptar-se e ajustar-se ao desenvolvimento por que ora passam as Ciências da Saúde, e as reais necessidades da população [...]” (TARGINO, NÓBREGA e PESSOA, 1978, p. 142)⁶. Nesse sentido, a importância atribuída aos programas de extensão de cobertura dos serviços de saúde na política nacional de saúde da época estava baseada na assistência primária e na participação da comunidade.

⁶ Enfermeiras docentes da Universidade Federal da Paraíba, atores do XXX CBEN, 1978.

Tendo a equipe de saúde como responsável pela identificação das necessidades de saúde da população e visto que as ações de enfermagem integram um contexto de ações globais de saúde, a Escola de Enfermagem Ana Néri reconheceu que o profissional de que necessita o país é a enfermeira capaz não só de assumir, interpretar e defender a posição que lhe cabia por direito, mas aquela capaz de aceitar as funções que exerce. Também devem ser constantemente criticadas e revisadas, em razão da necessidade mesma de re-definição do papel que lhe é próprio em face das exigências sociais (CARVALHO, CASTRO e PAIXÃO, 1978, p. 122)⁷. Sentimos, em todos os documentos emitidos por órgãos nacionais e internacionais de Saúde, recomendações no sentido de que adequemos o ensino e seus currículos às reais necessidades nosológicas regionais e assim procuremos solucionar os problemas do Sistema de Saúde em vigor, inculcando, através da mentalidade que pretendemos implantar na educação dos profissionais de Saúde, o propósito de prevenção e cura das enfermidades através dos serviços assistenciais de cobertura de saúde à população (TARGINO, NÓBREGA, PESSOA, 1978, p. 142).

Nesse sentido, no intuito de entendermos do que se tratava essa nova empreitada que a Enfermagem estava a se lançar, extraímos dos discursos dos Congressos Brasileiros de Enfermagem os conceitos de assistência primária e de ações básicas.

A enfermeira Adalgisa Vieira Matos⁸, discursando o subtema I “Enfermagem e assistência primária de saúde no Brasil”, no XXXII CBEN, 1980, destacou que havia sido definido na Jornada de Trabalho sobre Assistência Primária de Saúde promovida pelo Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE), com a colaboração da OMS, o conceito de Atenção primária à Saúde (APS), de forma a servir de guia para o trabalho das enfermeiras (MATOS, 1980, p. 85). Nessa definição, realizada na 30ª Assembléia Mundial de Saúde (1977) considerou:

Assistência primária de saúde que é (ou era) o ponto inicial de contato do indivíduo com o Sistema Nacional de Saúde, que há de ser parte integrante desse sistema, e estar estreitamente relacionada com os tipos de vida e as necessidades da coletividade a que serve, e plenamente integrada com os demais setores de desenvolvimento da coletividade (MATOS, 1980, p. 85).

Esse conceito representou uma visão ampliada da atenção primária, uma vez que a colocou como integrante do sistema de saúde, porta de entrada para os usuários, que considerou os determinantes sociais do processo saúde-doença, e as necessidades da coletividade.

Para o Ministério da Saúde:

⁷Enfermeiras docentes da Escola de Enfermagem Ana Nery e da Faculdade de Educação, respectivamente, da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

⁸ Adalgisa Vieira Matos, enfermeira, importante atuação na atenção primária, supervisora da Seção de Enfermagem da Divisão de Saúde da FSESP-MS.

[...] entende-se como serviços básicos de saúde o conjunto integrado de serviços prestados às pessoas, às comunidades e à melhoria do ambiente, necessários à promoção da saúde, à prevenção das doenças, ao tratamento das afecções e traumatismos mais comuns e à reabilitação básica de suas conseqüências (MATOS, 1980, p. 88).

A expressão “atenção primária”, também foi definida como cuidados básicos, essenciais, os primeiros cuidados, ponto de primeiro contato da comunidade aos serviços de saúde, de acordo com discussões da Conferência de Alma Ata. A assistência primária ainda deve incluir elementos como educação, saneamento básico, nutrição adequada, assistência materno-infantil, controle das doenças transmissíveis, promoção da saúde mental, fornecimento de medicamentos, dentre outros.

Assistência primária de saúde não deve ser –nunca –mal interpretada e confundida com uma assistência primitiva, de segunda ou terceira classe, para os pobres das zonas urbanas e das zonas rurais. [...] deve ser considerada como o ponto de primeiro contato entre o sistema de saúde e a comunidade local e como porta de entrada universal (MATOS, 1980, p. 86).

Essa descrição extraída da conferência denominada “Enfermagem e assistência primária de saúde no Brasil”, proferida no XXXII CBEN, 1980, evidenciou uma situação anteriormente vivenciada pela população, marcada pela exclusão no atendimento à saúde, no qual, como somente os segurados tinham direito à assistência médica previdenciária, era reservada às camadas periféricas, a busca de atendimento nos postos de atendimento de nível primário. Daí surgiu esse preconceito com as ações básicas, vista com uma conotação “elementar”, e pautada na falsa idéia de que fosse destinada somente a populações carentes.

Para operacionalizar os serviços primários, portanto, a Conferência de Alma Ata (1978) destacou os meios a serem utilizados para concretização das ações, que seriam garantidos com base na acessibilidade, redução dos custos, integração de todos os níveis de atendimento à saúde e treinamento de recursos humanos para a execução das atividades. Dessa forma, princípios como hierarquização, integração dos serviços, regionalização, participação comunitária, utilização dos recursos disponíveis, foram incluídos no rol de conceitos que foram se estabelecendo junto à operacionalização das práticas de atenção primária (MATOS, 1980, p. 86).

[...] as enfermeiras de que o mundo necessita são as que podem diagnosticar problemas de saúde comunitária e adotar medidas para proteger, proporcionar e promover a saúde geral da população, as que podem cuidar dos doentes e dos incapazes e as que podem ensinar o próximo a cuidar de si mesmo (MATOS, 1980, p. 93).

Essa conceituação nos mostrou que a Enfermagem deveria atuar sob os princípios da Medicina Preventivista, tendo como subsídios medidas preventivas, adotadas em todas as fases da História Natural das Doenças, e que incluíam o indivíduo como sujeito ativo no processo de preservação de sua saúde.

Às instituições de saúde, requer-se que criem condições que favoreçam o trabalho das enfermeiras no âmbito de ação comunitária e que procurem valorizar os aspectos de promoção e proteção da saúde, e de prevenção de doenças, complicações ou incapacidades, na assistência de enfermagem hospitalar e que estendam também essa assistência à família, dentro do espírito da prática integral da enfermagem (CASTRO, 1978, p. 177).

Dando continuidade aos temas proferidos nos congressos, o XXXII CBEN, trazendo como título de uma das conferências “A Enfermagem e a Previdência Social: origem do seguro social e suas premissas básicas”, de Arilda de São Sabbas Pucú e Maria Stella Winge, enfermeiras do MPAS e MS (1980, p. 29) revelaram a “participação da Previdência no financiamento de programas de assistência primária, como também a implantação de atividades preventivas em seus serviços próprios”.

Como acontece com os demais profissionais de saúde, o INAMPS é atualmente o maior empregador de pessoal de enfermagem do país. Seu quadro é constituído de 3.283 enfermeiros, 11.554 auxiliares de enfermagem e 25.685 auxiliares operacionais de serviços diversos (designação dada aos atendentes). Esse quantitativo representa cerca de 62% do pessoal de enfermagem empregado no país (MATOS, 1980, p. 19).

Abaixo, uma seqüência de trechos extraídos dos Congressos Brasileiros de Enfermagem apontou alguns aspectos a serem considerados sobre o ensino, que deveria se adequar às novas tendências em saúde, alicerçado nos conceitos da assistência primária, de modo a contribuir na melhoria da qualidade de vida da população, e da extensão das ações. Novas propostas que deveriam ser absorvidas pela Enfermagem.

Ao pretendermos formar um profissional de Enfermagem voltado para as reais necessidades da comunidade, onde saúde é vista como resultante de múltiplas variáveis, estamos querendo evitar nessa formação, a tradicional visão paternalista dos serviços de saúde, onde a comunidade apenas recebe as ações e nunca pode questionar sobre a validade destas, face as suas conjunturas de vida. Que as enfermeiras/os docentes e de serviços reconhecem a necessidade de um novo enfoque no ensino e nas estratégias metodológicas, para atender às atuais exigências da comunidade brasileira. [...] Que realizem estudos visando à introdução, nos programas de ensino, de inovação que atendam às tendências emergentes do setor de saúde (1980, p. 180).

Temos que considerar também a carência de definição do exato papel do enfermeiro nos atuais programas de assistência à comunidade, o que dificulta a elaboração de um currículo adequado às tendências emergentes (ANDRADE e LIMA, 1978, p. 77-78, 83).

É interessante destacar que, à medida que avançam as discussões acerca das ações primárias de saúde, e de sua incorporação aos currículos dos cursos da área de saúde, organizações de profissionais de saúde, sejam elas ligadas a universidades, postos de saúde, indústrias, dentre outros, começaram a programar atividades junto à comunidade priorizando extensão de cobertura e atendimento com enfoque educativo. É o que evidenciamos no projeto desenvolvido pela Universidade Federal da Bahia, no ano de 1976, que criou o Programa Integrado de Saúde Rural no município de Cruz das Almas, com o desenvolvimento de ações simplificadas de saúde (COSTA, SOUZA; MAGALHAES, 1979, p. 396-397).

Outro exemplo foi a iniciativa da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP), em 1978, num projeto que integrava as Faculdades de Ciências da Saúde, que programou atividades de assistência à população de bairros, no qual ações básicas de saúde foram desenvolvidas junto aos grupos de hipertensos, puericultura, pré-natal, saúde escolar, dentre outros (RESENDE, PIRES; GALTÍ, 1980, p. 133).

Os objetivos desse último programa (denominado Programa Integrado de Assistência Progressiva à Saúde – PIAPS) eram: treinamento dos alunos de forma a estimular nos mesmos o interesse pelos problemas comunitários; desenvolver neles o espírito preventivista, indispensável ao tratamento integral dos pacientes e da comunidade; integrar as faculdades da saúde à comunidade; desenvolvimento do trabalho em equipe, uma vez que prevenção de doenças requeria ação de equipes multiprofissionais; desenvolver um modelo de prestação de serviços de saúde de baixo custo; reduzir coeficientes de mortalidade materna e infantil e melhorar as condições de saúde da comunidade, promovendo a saúde da família como meta básica (RESENDE, PIRES; GALTÍ, 1980, p. 135).

Movidos pela necessidade iminente de desenvolver programas dessa natureza, ligados a tendências de assistência à comunidade, valorizando a prevenção de doenças através da promoção da saúde, conforme orientações da OMS, foi que os atores, representados pelos profissionais de saúde de todas as áreas, nesses casos específicos, reuniram-se e integraram-se à comunidade. Isso mostrou que a assistência à população vinha ganhando uma nova roupagem, uma nova delimitação com priorização de ações básicas, em detrimento de ações de caráter curativo, individual.

Outro exemplo de participação da Enfermagem foi nos programas de extensão universitária, no Ceará, que desenvolveu programas com duas grandes linhas de trabalho do curso de Enfermagem para os anos de 1980-1983, fragmentadas em dois projetos cujos temas

“Enfermagem na atenção primária” e “Enfermagem na educação para a saúde” refletiram o espaço que esses temas passaram a ter nas instituições de ensino superior.

As idéias de prevenção da doença, de sua evolução e de promoção da saúde são vivenciadas pelo curso de Enfermagem da UFC, utilizando as diretrizes da política de saúde, definida a partir da reunião de Ministros de Saúde da América Latina, realizada no Chile (1972), de onde emanaram o Plano Decenal de Saúde e a Política Nacional de Saúde [...] (BARROSO, VARELA; ALMEIDA, 1980, p.463).

A criação desses programas demonstrou que várias medidas foram adotadas visando a modificação do quadro nosológico apresentado pelo Brasil, que se modificava de região para região e que apresentava problemas em comum, relacionados às condições urbanísticas com pouca ou nenhuma infra-estrutura sanitária. A preocupação em desenvolver projetos associados a essas comunidades, conforme observamos nos exemplos anteriores, pôde ser considerado como os efeitos produzidos pela rede das políticas de saúde, que influenciaram diretamente o papel dos atores enfermeiros.

A Enfermagem, historicamente, por se preocupar com o cuidado à pessoa humana em todos os estágios de sua vida, crescimento e desenvolvimento, interagindo com o diagnóstico e necessidades básicas do indivíduo, poderia contribuir significativamente com ações de caráter comunitário, uma vez que sempre teve, no seu bojo, uma visão integral do homem.

Nesse sentido, os programas de extensão universitária foram pioneiros no atendimento às populações em nível primário, o que contribuiu para uma visão globalizada, reflexiva e crítica da realidade a qual ele adentrava.

Desse modo, a disseminação de todo esse saber produzido, que manteve estreita relação com a prática, foi concretizado na realização do I Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem (SENPE) no ano de 1979, sediado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, em São Paulo. Esse evento foi um marco na história da Enfermagem brasileira por representar um momento de debate profissional face às situações vivenciadas na política de saúde do país, concomitante ao desenvolvimento da pós-graduação e pesquisa em Enfermagem, num período que se vivia as primeiras movimentações rumo ao fim do ciclo ditatorial do governo militar (LEITE, XIMENES NETO; CUNHA, 2007). Foi o que os autores mostraram neste fragmento:

A caracterização deste evento pioneiro esteve na participação intencional de pesquisadores de saúde vinculados a abordagens fortalecidas nas Ciências Humanas e Sociais. Algumas produções de conhecimento em dissertações de Mestrado, à época, foram apresentadas por seus autores e focalizadas como objeto de debate, no olhar ampliado das Ciências Sociais. Foi uma primeira

sinalização coletiva da crítica ao modelo biologicista e a inquietação de seu dimensionamento social (LEITE, XIMENES NETO; CUNHA, 2007, p.622).

Ao iniciar a década de 1980, a Enfermagem, em fase efetiva de mudanças, adaptações, reformulações ocorridas pela necessidade imposta pelas políticas de saúde, se viu diante de alguns desafios que deveriam ser concretizados.

Observou-se que a profissão necessitava, além de aumentar o quantitativo de seu pessoal, aperfeiçoar sua forma de trabalho, ainda incipiente diante das necessidades de saúde que emergiram face à nova política ou às idéias que surgiam na área de saúde.

Engajados na luta por mudanças na forma de assistir à saúde das populações, vários países como Canadá, Colômbia, Venezuela, países da América Central e Brasil já realizavam experiências demonstrando estratégias utilizadas para melhoria dos níveis de saúde de suas comunidades, como o desenvolvimento de ações primárias de saúde, visando a ampliação da cobertura em larga escala na maioria da população, com a utilização de tecnologia simplificada e profissionais com formação generalista (MONTARROYOS JUNIOR et al, 1980, p. 497).

Nessa perspectiva, o objetivo era preparar os enfermeiros para ocuparem os espaços que se abriam na assistência primária, assumindo as funções que lhes eram pertinentes. Para tal, seria necessário que as instituições formadoras se articulassem com as instituições prestadoras de serviços. Assim, os recursos humanos formados pelas primeiras tenderiam sempre a se ajustar à demanda ou trabalhos dominantes naquelas.

Dentro dessa perspectiva, mais do que em qualquer outra época, a assistência primária e a prevenção de doenças na comunidade foram atividades prioritárias e recomendadas por todos os organismos nacionais e internacionais de saúde que assumiam um compromisso com a sociedade no tocante a esse aspecto. A ação do profissional enfermeiro, nessa ótica, seria de grande relevância dentro desse importante processo, haja vista que se posicionava como líder de sua equipe, considerando toda a sua responsabilidade de prestar assistência integral ao indivíduo, família e comunidade, prevenindo as doenças, já que a vida e saúde situavam-se entre os bens supremos do homem (MONTARROYOS JUNIOR et al, 1980, p. 496).

A Enfermagem, em todo esse cenário, tendo como pano de fundo a grande rede constituída pelas instituições de saúde, e por toda a Política Nacional de Saúde, validou algumas propostas de mudanças no seu papel frente às necessidades de saúde da população. Isso ficou patente em várias publicações da época, ao situarem o quadro geral das transformações ocorridas neste país no setor de saúde com o desenvolvimento de ações por

parte da Enfermagem, especialmente voltadas para o nível de cuidado primário, não deixando de considerar o homem no contexto familiar e social.

Portanto, a Enfermagem, inserida num espaço onde duas realidades, disputavam lugar (de um lado, a medicina curativa, de outro, a preventiva) e contribuiu para a construção de um corpo de conhecimentos acerca das políticas de saúde, da situação de saúde do país e de seu papel nessa nova realidade.

Esse fato revestiu de importância sua prática profissional, além de ter contribuído para uma articulação entre as discussões centradas nas necessidades da profissão, enfatizando sua estreita relação com a sociedade e validando uma posição focada no conhecimento político-científico.

A coletânea de conferências corporificadas nos anais dos Congressos Brasileiros de Enfermagem, referentes às políticas de saúde, à situação de saúde e da Enfermagem no país, ofereceu um conjunto diversificado do que podemos chamar de as possibilidades da Enfermagem, tanto naquele momento, vivenciado pela classe, como no confronto com os problemas futuros de saúde. Verificamos que esforços foram empreendidos no redimensionamento da Enfermagem, não somente ampliando suas funções, mas levando-a a repensar criticamente o seu papel.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A década de 1970 foi marcada 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 de saúde, a hegemonia da atenção médica curativa sobre a prática preventiva comprovou-se através da alta porcentagem dos gastos públicos em serviços curativo-hospitalares ocorrida entre os anos de 1960 até a segunda metade da década de 1970, através da 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 dos povos, 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 6229/1975, estruturou o Sistema Nacional de Saúde. A partir daí, nos anos 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 se atingisse níveis adequados de saúde.

A Lei nº 6229/1975 formulou as competências de cada ministério, porém sem disciplinar as regras mínimas de convivência da prática médica privada e empresarial; tentou, na verdade, compatibilizar todos os interesses, mas na realidade apresentou inviabilidade na sua operacionalização, contribuindo para o reconhecimento das fissuras e contradições do sistema de saúde.

A ênfase nas medidas preventivas em meio a um contexto de hegemonia da prática médica curativa pareceu-nos antagônico, porém, foi pensado no intuito de absorver a demanda não atendida pela prática curativa; ocorreu, portanto, sem ameaçar a prática médica individual e curativa.

Nesse cenário, como atores participantes da constituição do novo sistema de saúde, as enfermeiras, a fim de apreender a realidade social e se articularem na estrutura

socioeconômica, passaram por um processo de mudanças significativas em sua formação acadêmica, e conseqüentemente, assistencial. A formação profissional da Enfermagem dependeu, significativamente, da natureza dos trabalhos que foram desenvolvidos junto à população.

Assim, o pessoal de 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 contexto, como reflexos da política de saúde instituída no Brasil, as publicações e temas corporificados nas discussões de profissionais de Enfermagem, publicados nos anais de congressos, representaram um saber construído. Um conhecimento gerado pela Enfermagem em articulação com a prática, onde figuraram vários atores e cenários ancorados por uma imensa teia de conhecimentos provocados pelo processo de acumulação.

Nesse processo o saber também figurou como um ator, uma vez que produziu uma marca ou impacto naqueles que se influenciaram ou que dele se aproveitaram. Ou seja, saber acumulado no decorrer de toda a década de 1970 que acompanhou as tendências das políticas de saúde brasileira, refletindo-se na produção científica, construída progressivamente pela Enfermagem.

Portanto, em todo o processo de reestruturação da Enfermagem, foi relevante a definição dos caminhos a serem trilhados, especialmente na formação profissional e na adequação às necessidades do país, formando profissionais integrados às novas tendências históricas da profissão, sempre se guiando pelas demandas sociais, políticas e econômicas.

Fazendo uma breve retrospectiva histórica da profissão, percebemos que avançamos em muitos aspectos. A Enfermagem que adentrou a década de 1980, o fez discutindo seu papel diante da sociedade, instrumentalizada politicamente para discussões que permearam vários âmbitos, apontando a situação da saúde brasileira, e as adversidades pelas quais passava nosso povo.

Passamos por mudanças curriculares, transformações profundas na vida política, social e econômica de nosso país, que muito influenciou os programas de saúde; ampliação do número de escolas de enfermagem, na década de 1970, criação de órgãos de defesa e fiscalização da classe, atendimento às grandes demandas em saúde, reflexo do complexo médico-industrial ora instituído, e, por fim, alteração no foco assistencial, na tentativa de reverter a dicotomia entre saúde coletiva e individual.

Ao passo que mudanças fossem efetivadas, no sentido de abertura do modelo de atenção à saúde para ações de caráter preventivo, corroborando os conceitos preventivistas de Arouca, a centralização do poder nas mãos da classe médica deveria ser descentralizada, tendo em vista que a reestruturação do sistema só viria a se concretizar se todos os elementos da equipe de saúde exercessem seus papéis efetivamente. Afinal, o conceito de saúde nos remetia à idéia da não somente ausência de doença; o que envolveria ações intersetoriais e multiprofissionais.

As idéias preventivistas forneceram elementos para discussão de uma alternativa à crise do setor saúde, que apontou, por um lado, um reencontro da medicina com sujeitos concretos em seu espaço natural (a comunidade) e social, e por outro, a valorização dos conhecimentos desses sujeitos acerca das suas experiências e modos de viver. A idéia estava em encontrar formas alternativas de práticas de saúde que pudessem solucionar ou viabilizar soluções para a crise do setor saúde.

Assim, discutimos ainda que a prática de Enfermagem, ao longo do século, assumiu diferentes contornos, como reflexo das práticas de saúde dominantes no país. Privilegiara-se a especialização, para atender à medicina privada, ao mesmo tempo geradora e consumidora dos recursos; e no final da década de 1970 discutiu-se fervorosamente as ações básicas de saúde como forma de reverter o modelo assistencial.

Isso demonstrou que a característica mais peculiar que esteve presente em todos esses processos de mudanças foi o comprometimento social que os membros da classe assumiram face ao desenvolvimento socioeconômico da sociedade. E, nesse cenário, o enfermeiro esteve inserido na realidade social da profissão de Enfermagem, na realidade social brasileira, situando-se dentro da totalidade, entendida como sociedade.

Dessa forma, havia um espaço, no qual a Enfermagem participava, progressivamente, face às políticas públicas; calcada num pano de fundo representado pela teia, onde se emaranhavam os acontecimentos. Assistia-se, assim, ao aprimoramento da capacidade de discussão política, fortalecida pela existência do complexo institucional da Enfermagem, representado por: exercício profissional, serviços de Enfermagem, cursos de graduação e pós-graduação, conselhos federais e regionais, sindicatos, associações (nacional, estaduais e distritais), congressos, livros, periódicos, seu poder político e democrático de representação, sua legislação ajustada às realidades sociais.

Ou seja, a Enfermagem, no final da década de 1970 e início dos anos de 1980, assistiu à emergência de seus integrantes como sujeitos políticos, se encontrava fortalecida como

profissão, fazendo parte do multigrupo da saúde, e ganhava cada vez mais espaço em discussões políticas na concretização de suas idéias e ideais, representados pelas publicações, contribuindo assim para a construção de um corpo de conhecimentos da profissão.

A situação vivenciada pela Enfermagem, portanto, foi diretamente influenciada pelo contexto em que esta estava inserida, marcada por múltiplas e variadas transformações políticas, sociais, institucionais, econômicas, científicas, tecnológicas e culturais. Isso resultou numa redefinição dos atores, seus espaços, seus papéis, prenunciando um intenso processo de mudanças que ocorreria.

Nesse sentido, a defasagem entre o momento da crise da saúde, a reformulação das políticas e a posterior tomada de consciência pelos agentes sociais dos seus reais papéis como executores da saúde na rede constituída pelas instituições prestadoras de serviços médicos, começariam a vir à tona na sociedade.

Assim, a constante interação entre os atores pela busca do direito à saúde, a difusão do ideário sanitário, a extensão das ações de saúde emanadas do Sistema Nacional de Saúde, quanto à promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo, família e comunidade, tornaram-se, pois, ações fundamentais para a superação dos entraves no processo de democratização da saúde.

Dessa forma, o Sistema Único de Saúde, reflexo das lutas originadas no Movimento de Reforma Sanitária, ainda pode ser considerado como um sistema em construção, uma vez que, nos dias atuais, ainda se ancora em cenários diferenciados, no qual a garantia da saúde ainda não foi alcançada por todos os cidadãos.

O SUS de hoje, portanto, diferente daquele idealizado por Arouca, ainda vivencia uma marcante valorização do individualismo, cheio de contradições e dilemas a serem enfrentados para a garantia plena dos direitos sociais. Isso nos leva a concluir que a luta ideológica pela construção da saúde passa por um retrocesso, no qual a saúde tem sido vista como um bem de consumo.

O caminho, contudo, perpassa pela construção e consolidação dos atores como sujeitos sociais, ativos e integrantes do processo de produção em saúde; sujeitos políticos capazes de reconduzir a consciência sanitária. Este é o maior desafio da fase atual da reforma.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez, 1989.

AMÂNCIO, A.; QUADRA, A. A. F. Saúde, saber médico e recursos humanos. In: FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. **Saúde em debate: fundamentos da reforma sanitária**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Cebes, 2008. p. 50-51.

_____. Educação médica, relação médico paciente. In: FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. **Saúde em debate: fundamentos da reforma sanitária**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Cebes, 2008. p. 52-54.

AROUCA, A. S. S. A História Natural das Doenças. In: FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. **Saúde em debate: fundamentos da reforma sanitária**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Cebes, 2008. p. 16- 20.

AROUCA, S. **O dilema preventivista**. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edição 70, 2008.

BARREIRA, I. A. Memória e história: para uma nova visão da enfermagem no Brasil. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n.3, p.87-93, 1999.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 4ªed. São Paulo: Ática, 2006. 71 p.

BRASIL. Fundação Serviços de Saúde Pública. Lei nº 2604/55, de 17 de setembro de 1955. **Enfermagem: legislação e assuntos correlatos**. 3ª ed. Rio de Janeiro: GB, 1974.

BUSS, P. M. Posfácio. In: AROUCA, S. **O dilema preventivista**. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

CHIANCA, T. C. M. O Sistema Único de Saúde: a proposta de viabilização e a inserção da Enfermagem. **Revista Saúde em Debate**, Paraná, s/v, n.44, p. 48-53, 1994.

CORDEIRO, H. Prática médica na América Latina. **Revista Memórias**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p. 111-132, 1978.

CUNHA, I. C. K. O. Um tributo a Haydée Guanais Dourado (Editorial). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58. n. 2, 2005, p. 139.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. 2ª ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.124 p.

ECO, U. **Como se faz uma tese**. 17ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2002. 170 p.

FADUL, W. Minha Política Nacional de Saúde. In: FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. **Saúde em debate: fundamentos da reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2008.

FAUSTO, B. **História do Brasil**. São Paulo: Edusp & Imprensa Oficial do Estado, 2001.

FELIPE, J. S. Saúde, seguridade social e neoliberalismo: os limites das Reformas Sanitárias na América latina. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n.31, p. 43-66, 1991.

FLEURY, S. Para uma teoria do movimento sanitário. In: AROUCA, S. **O dilema preventivista**. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

_____. Valor público e capital institucional no Sistema Único de Saúde. In: Congresso do Clad, 2006, Guatemala.

FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. **Saúde em debate: fundamentos da reforma sanitária**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Cebes, 2008.

FONSECA, R. M. G. S.; FORCELLA, H. T.; BERTOLOZZI, M. R. **Congressos Brasileiros de Enfermagem: meio século de compromisso da ABEN**. Brasília: ABEN, 2000. 70 p.

GADELHA, P. E.; MARTINS, R. A Política Nacional de Saúde e a 8ª CNS. **Revista Saúde em Debate**, Paraná, s/v, s/n, p. 79- 83, 1988.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999. 206 p.

GOMES, M. L. B.; SANTOS, T. C. F. Construindo a identidade sindical das enfermeiras no Rio de Janeiro (1978-1984). **Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 14, n. 04, p. 488-497, 2005.

LATOUR, B. **Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora**. São Paulo: Ed. UNESP, 2000.

_____. **Jamais fomos modernos**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.

LEITE, J. L.; XIMENES NETO, F. R. G.; CUNHA, I. C. K. O. Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem (CEPEn): uma trajetória de 36 anos. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 60, n. 6, p. 621-626, 2007.

LINHARES, M. Y. (org); FLAMARION, C.; TEIXEIRA, F. C.; MENDONÇA, S. R. **História Geral e do Brasil**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001.

LUZ, M. T. Saúde e instituições médicas no Brasil. **Revista Memórias**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p. 157-174, 1978.

MELO, J. A. C. A prática da saúde e a educação. **Revista Saúde em Debate**, Paraná, s/v, n.1, p. 13-15, 1976.

MELLO, C. G. O Sistema Nacional de Saúde: Proposições e Perspectivas. **Revista Saúde em Debate**, Paraná, s/v, n.1, p. 24-26, 1976.

_____. A irracionalidade da privatização da medicina previdenciária. In: FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. **Saúde em debate: fundamentos da reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2008. p. 60-67.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3^a ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3^a ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2008.

MORAES, M. A ciência como rede de atores: ressonâncias filosóficas. **História, Ciências e saúde- Manguinhos**, Rio de Janeiro, mai/ago, vol. 11, n. 2, 2004.

NOGUEIRA, R. P. Da Medicina preventiva à Medicina promotora. In: AROUCA, S. **O dilema preventivista**. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

NORONHA, J.C. de; LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

OLIVEIRA, J. A. O Sistema Nacional de Saúde. In: FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. **Saúde em debate: fundamentos da reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2008. p. 68- 76.

PAIM, J. S. Do “dilema preventivista” à saúde coletiva. In: AROUCA, S. **O Dilema Preventivista**. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000. 123 p.

PADILHA, M. I. C. S.; SILVA, A. L.; BORENSTEIN, M. S. Os congressos brasileiros: pontes para a liberdade e transformação da enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 7-13, 2001.

PAIVA, C. H. A.. A **Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e a reforma de recursos humanos na saúde na América Latina (1960-1970)**. Disponível em:

<http://www.coc.fiocruz.br/observatoriohistoria/opas/producao/arquivos/OPAS.pdf>. Acesso em: 10 setembro 2007.

PIRES, D. E. **Hegemonia médica na saúde e a Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.156 p.

QUADRA, A. A.; CORDEIRO, H. Sistema Nacional de Saúde. **Revista Memórias**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p. 34-44, 1978.

QUÉRCIA, O. As deficiências da Previdência Social e a responsabilidade do Governo. **Revista Saúde em Debate**, Paraná, s/v, n.1, p. 67-73, 1976.

SAÚDE, C. B. E. Considerações sobre o PREV-SAÚDE. FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. **Saúde em debate: fundamentos da reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2008. p. 153- 156.

SIDRONIO, K. **A Enfermagem brasileira tecendo as redes do conhecimento no assistir em amamentação**. [tese] Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

SOARES, L. E. Vendendo saúde: O INPS e a Seguridade Social no Brasil. **Revista Saúde em Debate**, Paraná, s/v, n.1, p. 59-66, 1976.

TEIXEIRA, S. M. F. Assistência médica previdenciária: Evolução e crise de uma política social. FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. **Saúde em debate: fundamentos da reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2008. p. 87-102.

WEITZEL, S. R. Fluxo da informação científica. In: POBLACION, D. A.; WITTER, G. P.; SILVA, J. F. M. **Comunicação e produção científica: contexto, indicadores, avaliação**. São Paulo: Angellara, 2006.

XAVIER, I. M.; GARCIA, C. L. L.; NASCIMENTO, M. A. L. A Reforma Sanitária e a participação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 41, n. 3-4, p. 190-197, 1988.

Corpus documental

ADAMI, N. P. A. Situação de saúde no país: implicações para a enfermagem. In: XXIX Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1977, Santa Catarina. **Anais...** Santa Catarina: ABEN, 1977. p. 7-15.

ANDRADE, M. N.; LIMA, M. L. F. "O Projeto Vitória: a experiência da Universidade Federal de Pernambuco. In: XXX Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1978, Belém. **Anais...** Belém: ABEN, 1978. p. 77-85.

ARAÚJO, E. C.; SILVA, N. F.; PARAÍSO, E. O. P. Assistência de Enfermagem pela problemática do INAMPS. In: XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1980, Brasília. **Anais...** Brasília: ABEN, 1980. p. 33-46.

ARCOVERDE, W. Discurso do orador oficial do XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem. In: XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1980, Brasília. **Anais...** Brasília: ABEN, 1980. p. 19-20.

Avaliação da educação em saúde no Brasil (Transcrito do Boletim de Educação Sanitária). **Revista Brasileira de Enfermagem**, n.2, p. 206-211, 1974.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde**. Brasília, 1973.

CARVALHO, A. C. Recursos humanos em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n.1, p. 70-77, 1975.

CARVALHO, J. F. A VII Conferência Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 33, n.3, p. 269-270, 1980.

CARVALHO, V.; CASTRO, I. B. Reflexões sobre a prática da enfermagem. In: XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1979, Ceará. **Anais...** Ceará: ABEN, 1979. p. 51-59.

CARVALHO, V.; CASTRO, I. B.; PAIXÃO, S. S. Um projeto de mudança curricular no ensino de Enfermagem em nível de graduação que favorece aos propósitos emergentes da prática profissional. In: XXX Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1978, Belém. **Anais...** Belém: ABEN, 1978. p. 117-140.

CASTRO, I. B. Conceito de saúde: predicativos e implicações. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 31, n. 1, p. 275-280, 1978.

_____. Discurso de abertura do XXX Congresso Brasileiro de Enfermagem. In: XXX Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1978, Belém. **Anais...** Belém: ABEN, 1978. p. 9-10.

_____. Sessão de encerramento. In: XXX Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1978, Belém. **Anais...** Belém: ABEN, 1978. p. 177-178.

COSTA, I. S.; SOUZA, R. G.; MAGALHÃES, M. M. A. A enfermagem na aplicação da metodologia de integração de serviços de saúde rural, através de assistência simplificada. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 32, n. 4, p. 396-402, 1979.

CUNHA, M. A. Regionalização ou zoneamento assistencial: metodologia do diagnóstico de saúde em Santa Catarina. In: XXX Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1978, Belém. **Anais...** Belém: ABEN, 1978. p. 61-76.

DOURADO, H. G. Sistema Nacional de Saúde (Editorial). **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 4, p. p. 7-8, 1975.

_____. A enfermeira e a institucionalização da profissão e de seu novo papel profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 31, n. 3, p. 293-303, 1978.

_____. O novo papel do enfermeiro (Editorial). **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 32, n. 4, p. 357-358, 1979.

FERNANDES, A. O ensino e a assistência de Enfermagem face aos programas de extensão de cobertura de saúde. In: XXX Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1978, Belém. **Anais...** Belém: ABEN, 1978. p. 31-36.

KURCGANT, P. Legislação do exercício de enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 28, n. 1, p. 88-91, 1976.

MATOS, A. V. A Enfermagem e o Sistema Nacional de Saúde. In: XXX Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1978, Belém. **Anais...** Belém: ABEN, 1978. p. 13-30

MEDEIROS, N. R. D. Relatório da Comissão de Documentação e estudos da ABEN: 1972-1973. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, n. 2, p. 226-237, 1974.

MONTARROYOS, J. E. L.; SILVA, C. C.; SOUSA, D. P.; OLIVEIRA, R. S. Assistência primária e prevenção da doença: experiência em uma comunidade nordestina. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.33, n. 4, p.495-501, 1980.

MUXFELDT, L. C. F. Assistência de enfermagem ao cliente. In: XXIX Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1977, Santa Catarina. **Anais...** Santa Catarina: ABEN, 1977. p. 17-27.

NUNES, E. D. Antologia de experiências em serviço e docência em enfermagem na América Latina (2ª parte). **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 33, n. 4, p. 483-489, 1980.

OLIVEIRA, M. I. R. Enfermagem e estrutura social. In: XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1979, Ceará. **Anais...** Ceará: ABEN, 1979. p. 9-26.

_____. A Previdência Social. In: XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1980, Brasília. **Anais...** Brasília: ABEN, 1980. p. 25-26.

PAIM, L.; COSTA, L. A. T.; WRIGHT, M. G. M. As inovações no ensino superior de Enfermagem face a assistência à saúde da população: possibilidades e limitações. In: XXX Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1978, Belém. **Anais...** Belém: ABEN, 1978. p. 111-115.

PUCÚ, A. S. S.; TEIXEIRA, M. C. Aspectos do setor saúde: participação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 32, n. 4, p. 375-384, 1979.

PUCÚ, A. S. S.; WINGE, M. S. A Enfermagem e a Previdência Social: origem do seguro social e suas premissas básicas. In: XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1980, Brasília. **Anais...** Brasília: ABEN, 1980. p. 27-31.

RESENDE, M. C.; PIRES, A. M.; GALTI, M. J. Atuação da enfermagem em um sistema de saúde comunitária. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 33, n. 2, p. 132-156, 1980.

RIBEIRO, C. M. Discurso de posse. In: XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1980, Brasília. **Anais...** Brasília: ABEN, 1980. p. 21-23.

TARGINO, R. B.; NÓBREGA, A. S.; PESSOA, A. L. Inovações no ensino de Enfermagem na Universidade Federal da Paraíba: possibilidades, limitações e expectativas. In: XXX Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1978, Belém. **Anais...** Belém: ABEN, 1978. p. 141-152.

VIEIRA, C. A. B. Extensão de cobertura no Brasil: crise e reforma do sistema de saúde. In: XXX Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1978, Belém. **Anais...** Belém: ABEN, 1978. p. 37-60.

VIEIRA, T. T.; ROMAN, A. V.; LUCKESI, M. A. V. A competência continuada e a assistência de Enfermagem. In: XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1980, Brasília. **Anais...** Brasília: ABEN, 1980. p. 47-56.

APÊNDICE

Quadro 1- Temas do XXII CBEN

| 1970 – XXII CBEN – São Paulo | |
|-------------------------------------|--|
| Temas | 1 – Integração do recém-graduado na vida profissional. |
| | 2 – Política da ABEN. |
| | 3 – Elementos básicos do diagnóstico. |

Fonte: Congressos Brasileiros de Enfermagem: meio século de compromisso da ABEN, 2000, p. 35.

Quadro 2- Temas do XXIII CBEN

| 1971 – XXIII CBEN – Manaus | |
|-----------------------------------|---|
| Temas | 1 – Princípio da investigação e o processo de observação sistematizada na enfermagem. |
| | 2 – O papel da enfermeira nos serviços de saúde diante da realidade regional ou local o Brasil. |
| | 3 – Participação da enfermeira no planejamento de saúde. |
| | 4 – Recentes estudos e pesquisas nas especialidades de enfermagem. |

Fonte: Congressos Brasileiros de Enfermagem: meio século de compromisso da ABEN, 2000, p. 35.

Quadro 3- Temas do XXIV CBEN

| 1972 – XXIV CBEN – Belo Horizonte | |
|--|--|
| Temas | 1 – Formação dos profissionais de enfermagem dos 3 níveis. |
| | 2 – Exercício profissional. |
| | 3 – Participação da enfermeira no planejamento de saúde. |
| | 4 – Recentes pesquisas em enfermagem. |

Fonte: Congressos Brasileiros de Enfermagem: meio século de compromisso da ABEN, 2000, p. 35.

Quadro 4- Temas do XXV CBEN

| 1973 – XXV CBEN – João Pessoa | |
|--------------------------------------|--|
| Temas | 1 – O currículo mínimo do curso de graduação em enfermagem e obstetrícia. |
| | 2 – Recentes pesquisas em enfermagem. |
| | 3 – Problemas relacionados com o ensino e o exercício da enfermagem nas áreas: médico-cirúrgica, materno-infantil, administração, saúde pública. |
| | 4 – Humanização da enfermagem. |

Fonte: Congressos Brasileiros de Enfermagem: meio século de compromisso da ABEN, 2000, p. 35.

Quadro 5- Temas do XXVI CBEN

| 1974 – XXVI CBEN – Curitiba | |
|------------------------------------|---|
| Temas | 1 – Necessidades psicossociais e psico-espirituais dos pacientes. |
| | 2 – Liderança. |
| | 3 – Recentes pesquisas em enfermagem. |
| | 4 – Educação em enfermagem. |
| | 5 – Aspectos assistenciais de enfermagem. |
| | 6 – Problemas de infecção hospitalar. |

Fonte: Congressos Brasileiros de Enfermagem: meio século de compromisso da ABEN, 2000, p. 35.

Quadro 6- Temas do XXVII CBEN

| 1975 – XXVII CBEN – Salvador | |
|-------------------------------------|--|
| Temas | 1 – Integração do ensino e serviço de enfermagem. |
| | 2 – Participação do pessoal nos programas de assistência à saúde nas populações da zona rural. |
| | 3 – Problemas de assistência de enfermagem nos hospitais e clínicas particulares de grandes centros urbanos. |
| | 4 – Recentes pesquisas de enfermagem. |

Fonte: Congressos Brasileiros de Enfermagem: meio século de compromisso da ABEN, 2000, p. 35.

Quadro 7- Temas do XXVIII CBEN

| 1976 – XXVIII CBEN – Rio de Janeiro | |
|--|--|
| Temas | 1 – Formação filosófica e religiosa da enfermeira. |
| | 2 – Sistema de registro de enfermagem. |
| | 3 – Projeção da ABEN na comunidade brasileira. |
| | 4 – Pesquisas em enfermagem. |

Fonte: Congressos Brasileiros de Enfermagem: meio século de compromisso da ABEN, 2000, p. 36.

Quadro 8- Temas do XXIX CBEN

| 1977 – XXIX CBEN – Camboriú | |
|------------------------------------|---|
| Tema I | Situação de Saúde no País – Implicações para a Enfermagem. |
| Tema II | Relações da Enfermagem com as demais carreiras universitárias. |
| Tema III | A Enfermeira e as habilitações em nível de 2º Grau. Relação trabalho-aprendizado, segundo Piaget; Licenciatura em Enfermagem. |

Fonte: Congressos Brasileiros de Enfermagem: meio século de compromisso da ABEN, 2000, p. 36.

Quadro 9- Temas do XXX CBEN

| 1978 – XXX CBEN – Belém | |
|--------------------------------|---|
| Tema Central | Sistema Nacional de Saúde. |
| Tema I | A Enfermagem e o Sistema de Saúde. |
| Tema II | O Ensino e a assistência de enfermagem diante dos programas de extensão e cobertura. |
| Tema III | As inovações no ensino superior de enfermagem diante da assistência de saúde à população – possibilidades e limitações. |
| Tema IV | As entidades de classe das quais o enfermeiro participa – ABEN, COFEN, Sindicato. |

Fonte: Congressos Brasileiros de Enfermagem: meio século de compromisso da ABEN, 2000, p. 36.

Quadro 10- Temas do XXXI CBEN

| 1979 – XXXI CBEN – Fortaleza | |
|-------------------------------------|--|
| Tema Central | Desafios da Enfermagem Brasileira. |
| Tema I | Enfermagem e estrutura social. |
| Tema II | Reflexos sobre a prática profissional. |
| Tema III | Preparo e aperfeiçoamento de recursos humanos para a enfermagem. |

Fonte: Congressos Brasileiros de Enfermagem: meio século de compromisso da ABEN, 2000, p. 36.

Quadro 11- Temas do XXXII CBEN

| 1980 – XXXII CBEN – Brasília | |
|-------------------------------------|---|
| Tema I | -A previdência social; -A enfermagem e a previdência social origem do seguro social e suas premissas básicas; -Assistência de enfermagem pela problemática do INAMPS. |
| Tema II | A competência continuada e a assistência de enfermagem. |
| Tema III | -Relação de ajuda; -Relação de ajuda e a totalidade da política da enfermagem; -Interconsulta- uma atividade do enfermeiro; - A enfermagem e a relação de ajuda. |
| Sub-Tema I | A enfermagem e a assistência primária de saúde no Brasil. |
| Sub-Tema II | Programa de residência de enfermagem do aparelho locomotor. |
| Sub-Tema II | A enfermagem abordando o aparelho locomotor infantil |
| Sub-Tema IV | A enfermagem na equipe interdisciplinar: o seu papel na reabilitação do lesado medular adulto |
| Sub-Tema V | Pacientes com problemas de coluna: quais os cuidados de enfermagem? |

Fonte: Congressos Brasileiros de Enfermagem: meio século de compromisso da ABEN, 2000, p. 36.

OBS: Somente o tema e subtema I foram considerados na análise dos dados, por tratarem de temas relativos às políticas de saúde, correlacionando-as à Enfermagem e à situação de saúde no país. Os demais temas não foram considerados por tratarem de assuntos que não diziam respeito à conjuntura política e social relativas à Enfermagem.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)