



Artigos Originais

Reforma Sanitária: o saber em saúde impresso nos anais dos congressos brasileiros de Enfermagem (1977-1980)

Health Reform: the health knowledge printed in the annals of Brazilian Nursing (1977-1980)

Érica Toledo de Mendonça¹

Wellington Mendonça de Amorim²

¹ Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV), Minas Gerais, Brasil.

² Professor Adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Brasil.

RESUMO – O estudo traz como objeto o saber em Enfermagem construído no decorrer do Movimento de Reforma Sanitária brasileiro, impresso nos Anais dos Congressos Brasileiros de Enfermagem, no período de 1977-1980. Objetivo: analisar os conteúdos relativos à política nacional de saúde presente nos anais dos Congressos Brasileiros de Enfermagem vigente no período de 1977-1980. Trata-se de um estudo histórico-social, exploratório, que utilizou a análise documental como técnica de pesquisa. Foram analisados os Anais dos Congressos Brasileiros de Enfermagem do período de 1977-1980, e a categorização dos temas selecionados no *corpus*. Os enfermeiros, como atores inseridos no sistema nacional de saúde, teceram uma produção científica que mostrou sinais de incorporação da realidade política e social, construindo um saber em saúde pública em consonância aos ideais sanitários.

Palavras-Chave: História da Enfermagem; Enfermagem; Políticas de Saúde.

ABSTRACT - The study has as object in nursing knowledge built during the Brazilian Sanitary Reform Movement, printed in the Annals of the Brazilian Nursing for the period 1977-1980. Objective: To analyze the content relating to this national health policy in the annals of the Brazilian Congress of Nursing in force from 1977 to 1980. This is a social-historical study, exploratory analysis that used the documentary as a research technique. We analyzed the Annals of the Brazilian Nursing the period 1977-1980, and categorization of selected themes in the corpus. The nurses, as actors engaged in national health system, they made a scientific output that showed signs of incorporation of political and social reality, building a knowledge in public health in line with the ideals sanitarians.

Keywords: History of Nursing; Nursing; Health Policy.

1. INTRODUÇÃO

Os estudos sobre a história da profissão constituem parte de um processo pessoal e subjetivo de construção de identidade profissional, além de ajudar a entender a influência de acontecimentos passados, como a participação política da Enfermagem nos movimentos de discussão das políticas de saúde e seus desdobramentos no desenvolvimento de sua prática.

De tal modo, com os processos de mudanças experimentados no final da década de 1970, na conjuntura política e econômica, e com o movimento de Reforma Sanitária brasileira, nos anos de 1980, as produções abordando temas políticos ganharam destaque nos Congressos Brasileiros de Enfermagem (CBEN), especialmente nos anos de 1977 à 1980. Esses Congressos se constituíram, desde 1947, em movimentos de cunho científico, organizados pela

Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), além de congregar enfermeiras de todo o país.

A diretoria da ABEn escolhia o temário, em consonância com os assuntos prioritários para a época, vinculados ao desenvolvimento sócio-político do país, à assistência e às políticas 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

Autor correspondente

Wellington Mendonça de Amorim

Escola de Enfermagem

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Rua Xavier Sigoud, 290 sala 504 - Urca

CEP 22290-180 - Rio de Janeiro, RJ - Brasil

Telefone: (21) 25427142 - ramal: 7142

Email: amorimw@gmail.com

Artigo encaminhado 03/07/2011

Aceito para publicação em 19/09/2011

possibilidades para transformá-lo, dos quais emergiram novos paradigmas e tendências para a Enfermagem¹.

No quadriênio representado pelo XXIX, XXX, XXXI e XXXII CBENs, as conferências que abordaram o tema Sistema Nacional de Saúde, revelaram uma proximidade de assuntos e uma convergência de idéias, dando o sentido de que à abertura do modelo político, com vistas à democratização, contribuiria para uma maior reflexão dos atores enfermeiros, em suas redes formais de discussões de temas referentes à saúde no país.

Ao colocar em pauta temas referentes à políticas de saúde, à situação da profissão perante as mudanças ocorridas no contexto social, político e econômico, demonstrou-se uma tendência, até então inexistente, de críticas ao sistema e ao papel da Enfermagem diante dos problemas de saúde que a população apresentava².

Durante um 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 abarcavam à formação profissional, técnicas de enfermagem, assistência centrada no indivíduo, dentre outros, que acompanharam a tendência tecnicista³.

Para tanto, as produções científicas de Enfermagem, corporificadas sob a forma de anais de congressos, foi a forma de representarem um saber produzido pela Enfermagem num determinado período, que emergiu da prática e do contexto em que estava inserida². Portanto, uma questão nos inquietou; Como as enfermeiras abordaram o tema “Sistema Nacional de Saúde” nos Congressos Brasileiros de Enfermagem, num período do governo militar? E, definimos como objeto de estudo: o saber em Enfermagem construído no decorrer do Movimento de Reforma Sanitária brasileiro, impresso nos Anais dos Congressos Brasileiros de Enfermagem, no período de 1977-1980.

Para operacionalizar a investigação definimos como objetivo analisar os conteúdos relativos à política nacional de saúde nos anais dos Congressos Brasileiros de Enfermagem no período de 1977-1980.

O estudo contribuiu para memória coletiva da Enfermagem brasileira a partir de uma leitura histórica acerca da produção científica dos enfermeiros ao final do governo militar, relacionando-a ao contexto da Reforma Sanitária dos anos de 1980, fato e fenômeno que, até a data desta investigação,

encontra-se na agenda dos debates inerentes às políticas públicas, especificamente, no pacto em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS).

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo desenvolvido na perspectiva histórico-social, que utilizou a análise documental como técnica de pesquisa. Constituiu documento preferencial de investigação os Anais dos Congressos Brasileiros de Enfermagem.

Como critérios de seleção dos Anais dos congressos, para definir o *corpus* documental, foram selecionados aqueles que abordaram discussões sobre a política nacional de saúde da década em estudo, 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.

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) entendida como “(...) 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”^{4:397}; 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.

Basicamente 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 das fontes. Dessa forma, foram excluídos os anais cujas conferências não abordaram o Sistema Nacional de Saúde, ou a crise da saúde brasileira. Para auxiliar o tratamento dos dados utilizamos como técnica a análise temática, com recorte do texto em unidades comparáveis, denominada categorização.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para discorrermos sobre a produção científica corporificada nos Anais dos Congressos Brasileiros de Enfermagem, 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 Congressos Brasileiros de Enfermagem de 1977 a 1980.

Congresso	Ano	Local	Tema oficial
XXIX CBEN	1977	Santa Catarina	Situação de saúde no país - implicações para a enfermagem
XXX CBEN	1978	Pará	A Enfermagem e o Sistema Nacional de Saúde
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 temas oficiais discutidos nos Congressos Brasileiros de Enfermagem de 1977 à 1980, relacionaram a Enfermagem ao Sistema Nacional de Saúde (SNS), discorrendo a respeito da situação da Enfermagem em meio a um contexto de mudanças no eixo político, econômico e social brasileiro, na qual a saúde ganharia uma nova abordagem. Nessa arena, a medicina curativa, começara a perder território, 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 reordenação 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 esses Congressos evidenciaram, sobretudo, o papel que a Enfermagem 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 cenário reformista, repleto de mudanças, contradições e incertezas, que passavam pelos seguintes embates: curativo e preventivo; poder médico x direito à saúde; extensão da cobertura assistencial; e, das ações básicas de saúde.

3.1 Embate dos modelos curativo e preventivo na saúde brasileira

Ao revisitar o modelo assistencial predominante na década de 1970, entendemos que o setor saúde necessitava de uma revisão em todos os seus níveis, procurando alternativas para uma crise caracterizada, pelos seguintes fatores:

(...) 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^{5:61}.

Dentre esses traços do modelo assistencial a ênfase na cura das doenças não cedia espaço para ações de cunho preventivo:

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^{6:45}.

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

Nesse cenário, um grupo de enfermeiras começou a discutir que a maioria dos problemas de saúde da população seria resolvida no nível primário. Esse diagnóstico indicava à necessidade de reconfigurar as práticas de saúde organizadas em novas modalidades de atendimento, que ampliassem a cobertura dos serviços e que reduzissem os gastos.

Assim, as publicações científicas da época, advindas de atores defensores do processo de mudanças das políticas vigentes, apontavam para uma redefinição das práticas, e antes disso, convergiam para críticas dos problemas de saúde da população, decorrentes, em boa parte, do modelo curativo.

O predomínio do modelo individual, curativo, foi duramente criticado por Arouca 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-doença⁷. 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 sociedade⁸.

Nesse cenário, a dicotomia entre os modelos de atenção à saúde foi 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 (...)^{9:34}.

A importância dessas discussões residiu em compreender a situação pela qual o país passava, onde 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.

Dessa forma, constituíram-se discursos constantes dos palestrantes nos Congressos Brasileiros de Enfermagem baseados na crítica 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 previsíveis.

Consequente a essa dicotomia assistencial, tão “denunciada” nas produções científicas, nos seminários, nos congressos, alertava o agravamento das deformações das atividades que cada vez mais enfatizavam a hospitalização, favorecendo o setor privado conveniado com a Previdência Social. No bojo desse movimento, a Enfermagem passou a ocupar espaços na rede hospitalar majoritariamente privada,

empresarial e lucrativa, atendendo aos interesses econômicos.

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^{6:46,49}.

Isto posto, pareceu-nos necessário relacionar que a política de saúde à época 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 saúde¹⁰.

Objetivando resolver essa problemática, a Medicina Preventiva⁷ se caracterizou como um processo contra hegemônico - uma vez que ia contra os interesses do capital - através da incorporação de conceitos que ampliaram o objeto de ação 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 do conhecimento sobre 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 propunha em sua tese uma redefinição das práticas, na tentativa de gerar soluções para os problemas de acessibilidade, resolutividade e eficiência do sistema⁷.

Assim, a Medicina Preventiva, como uma forma de repensar a realidade social, 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 saúde².

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 (...)^{11:11}.

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^{12:22}.

Esses dados demonstraram o esgotamento do modelo centrado nas ações curativas, que produzia indicadores ruins 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 previsíveis.

Ao elencar os problemas do sistema de saúde, na década de 1970, e que não conseguiram ser resolvidos com a instituição do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975, destacamos: serviços de saúde centralizados em metrópoles, predomínio de ações curativas em detrimento das ações preventivas, altos custos do atendimento em saúde, o que gerava prejuízos à Previdência Social, especialização crescente dos profissionais, 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 de Saúde.

Entretanto, para rever a crise que assolava o Sistema, os profissionais de saúde, em suas conferências, propuseram, além da valorização das ações preventivas de saúde, 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.

3.2 Direito à saúde x 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 acerca do 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 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 discussão 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^{13:120}”.

A Medicina, sob este olhar, tradicionalmente, detinha o conhecimento sobre o corpo, pela tradição e tempo de exercício; 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 Saúde¹³.

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 práticas².

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^{6:50}.

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 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 relacionados a ele incidiam se tornaram objeto de ação da Medicina Preventiva⁷.

Procurando demonstrar as raízes hegemônicas da prática médica, que se destacou dentre os diversos ofícios de saúde no Brasil, Pires 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 exercício¹³. 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.

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”, sem 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 com referência a 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 relativamente à saúde.

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 na perspectiva de vários saberes integrados, numa visão multidisciplinar.

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.

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, 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^{14:83}.

Neste trecho tornou-se importante destacar seu último período “Novo enfoque criador de novas atitudes”, que traz consigo as idéias de mudança de atitude, que só se efetuará mediante entendimento da problemática da saúde, resultante de múltiplas variáveis⁷. Isso já demonstrava uma tendência insipiente, mas significativa, às mudanças, por parte da

Enfermagem, e incorporação de conceitos contemporâneos relacionados à saúde.

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, 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, de forma a garantir que estas conquistassem um espaço mais concreto na assistência à saúde⁶.

Nesse sentido, o poder médico-hospitalar estaria ameaçado se as ações de saúde se pautassem, prioritariamente, 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 o ato médico como absoluto 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 estava sob o seu domínio.

Nesse embate, as reivindicações pela revisão 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 Extensão de cobertura assistencial: as ações básicas de saúde

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 juntos⁷.

Quanto à mudança de atitude do profissional de saúde, Arouca defendeu que este deveria considerar todos os fatores que poderiam levar ao adoecimento do indivíduo⁷. 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 capitalistas².

Vieira, participante do XXX CBEN (1978), discorreu sobre a 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 geral⁶.

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^{6:54}.

Como espaços políticos de reivindicações, as conferências nacionais de saúde (V, VI, VII), realizadas em 1975, 1977 e 1980, 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 Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS) e o PREV-SAUDE¹⁰.

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^{6:37}.

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 peculiaridades¹⁵.

Quanto às instituições, a proposta seria a estruturação de uma assistência de caráter simplificado através de uma medicina sem sofisticções, 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, “considerar a atividade empresarial no setor saúde como complementar às funções do setor público”^{15:33}. 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, conduziriam a uma mudança do quadro sanitário brasileiro^{6:4}.

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.

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^{6:50}.

É interessante notar que essas idéias, ao tempo em que trouxeram indícios do pensamento preventivista de Sérgio Arouca, 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 médico⁷.

Conseqüentemente, os programas de extensão de cobertura que foram executados no Brasil se baseavam nos seguintes conceitos fundamentais.

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^{6:40-41}.

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.

Isto pressupunha a articulação de unidades de saúde mais complexas, como unidades mistas, ambulatórios 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"^{6:41}.

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 Enfermagem¹⁶.

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^{14:77}.

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.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificamos que os atores participantes dos congressos destacavam questões relativas à mudança do 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 da prática de Enfermagem, a partir disso, pôde ser entendida como o despertar do ideal preventivista, presente no discurso sanitário.

Constatamos nas produções registradas nos Anais dos CBEN dos anos de 1977, 1978, 1979 e 1980, que a área técnica relacionada à profissão foi pouco 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.

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 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 de 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, a prática de Enfermagem que, ao longo do século XX, assumiu diferentes contornos, como reflexo das práticas de saúde dominantes no país, no final da década de 1970 discutiu-se fervorosamente as ações básicas de saúde como forma de reverter o modelo assistencial.

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.

O presente artigo é da Dissertação de Mestrado intitulada “Enfermagem-Saúde: construindo um saber sobre políticas de saúde, 1977-1980” apresentada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado (PPGENF) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Padilha MICS, Silva AL, Borenstein MS. Os congressos brasileiros: pontes para a liberdade e transformação da enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001; 9 (3): 7-13.
2. Almeida MCP. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez; 1989.
3. Fonseca RMGS, Forcella HT, Bertolozzi MR. Congressos Brasileiros de Enfermagem: meio século de compromisso da ABEN. Brasília: ABEN; 2000.
4. Latour B. Por uma antropologia do centro. *Mana* 2004;10 (2): 397-414.
5. Cunha MA. Regionalização ou zoneamento assistencial: metodologia do diagnóstico de saúde em Santa Catarina. XXX Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1978, Belém. p. 61-76.
6. Vieira CAB. Extensão de cobertura no Brasil: crise e reforma do sistema de saúde. XXX Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1978, Belém. p. 37-60.
7. Arouca S. O dilema preventivista. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2003.
8. Paim JS. Do “dilema preventivista” à saúde coletiva. In: Arouca S. O Dilema Preventivista. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2003.
9. Araújo EC, Silva NF, Paraíso EOP. Assistência de Enfermagem pela problemática do INAMPS. XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1980, Brasília. p. 33-46.
10. Xavier IM, Garcia CLL, Nascimento MAL. A Reforma Sanitária e a participação do enfermeiro. *Rev Bras Enf, Brasília* 1988; 41(3-4): 190-97.
11. Adami NPA. Situação de saúde no país: implicações para a enfermagem. XXIX Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1977, Santa Catarina. p. 7-15.
12. Ribeiro CM. Discurso de posse. XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1980, Brasília. p. 21-3.
13. Pires D. E. Hegemonia médica na saúde e a Enfermagem. São Paulo: Cortez; 1989.
14. Andrade MN, Lima MLF. “O Projeto Vitória: a experiência da Universidade Federal de Pernambuco. XXX Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1978, Belém. p. 77-85.
15. Fernandes A. O ensino e a assistência de Enfermagem face aos programas de extensão de cobertura de saúde. XXX Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1978, Belém. p. 31-6.
16. Castro IB. Conceito de saúde: preditivos e implicações. *Rev Bras Enf* 1978; 31 (1): 275-80.