

Celia Almeida

Departamento de Administração e Planejamento em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Celia Almeida  
R. Leopoldo de Bulhões, 1480 7º andar  
sala 722 Mangueiras  
21041-210 Rio de Janeiro, RJ, Brasil  
E-mail: calmeida@ensp.fiocruz.br

# Comentário: Política e planejamento: o Plano de Saúde Leonel Miranda

## Policy and planning: The Leonel Miranda Health Plan

O Editorial *Apreciação do “Plano Nacional de Saúde”*, publicado por esta revista em dezembro de 1968 é, sem sombra de dúvida, um texto histórico, pelo menos por dois motivos. Primeiro, por questionar, técnica e politicamente, um documento ministerial numa conjuntura nacional tensa e bastante particular; e, segundo, por espelhar a perspectiva teórica e técnica, vigente na época, do planejamento em saúde.

Em relação ao primeiro ponto o editorial evidencia, claramente, a preocupação de seus autores/atores com as questões sociais, assim como, e mais importante, o compromisso político com uma “outra saúde” para a população brasileira, apesar dos riscos políticos. E, no segundo, marca, nitidamente, o olhar do planejamento normativo que imperava então na área da saúde.

Como se sabe, esse Plano de Saúde é conhecido como o “Plano Leonel Miranda”, levando o nome do então ministro da saúde, e se constitui na mais clara afirmação dos desígnios privatizadores do então governo na área de saúde. Como explicita o editorial, propunha, sem qualquer prurido: *a privatização integral do sistema nacional de proteção e recuperação da saúde, regime de livre escolha do médico e do hospital pelo cliente e participação compulsória direta e imediata do usuário no custeio dos serviços* (Mello<sup>10</sup> 1977:65).

Anunciado em dezembro de 1967, para introduzir radicais transformações no sistema de saúde, sua formulação foi precedida de documentos preliminares, elaborados nos primeiros meses do ano de 1968, antes de sua aprovação em maio desse mesmo ano. As diretrizes e propostas de reorganização do sistema, contidas no Plano, desconsideraram e subvertem inclusive legislações prévias importantes, seja do próprio Ministério da Saúde, como as diretrizes de Política Nacional de Saúde, de 1967; seja de outros órgãos, como a Lei da Reforma Administrativa (Decreto Lei 200, 25/2/1967),

o Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social - Saúde e Saneamento, de 1966, e o Programa Estratégico de Desenvolvimento - 1968-1970, também de 1968, elaborados pelo Ministério do Planejamento. O anúncio desse Plano de Saúde provocou alguns aplausos, mas também inúmeros protestos e manifestação de repúdio (Mello<sup>10</sup> 1977).

Em relação à conjuntura política, embora a história seja conhecida, vale a pena recordar que, nesse período, o Brasil vivia uma época de grave crise que resultou em profundas transformações de nossa sociedade. No início desse processo, nos anos 60, temos grandes turbulências políticas e sociais que culminaram no golpe militar de 1964 e, a seguir, na emergência paulatina de um Estado “burocrático-autoritário” (O’Donnell<sup>11</sup> 1982), mais repressor e dominador do que em outros períodos autoritários da história política brasileira. Os dirigentes de então chegaram ao poder pelo golpe, onde o presidente eleito foi deposto e substituído por uma Junta Militar, encarregada de restaurar a ordem e restabelecer pactos e coalizões de governo que possibilitassem a superação da crise econômica e política do início daquela década.

A economia em recessão, a inflação, o radicalismo das propostas reformistas e as expectativas de uma ameaça esquerdista, haviam conseguido a convergência e a reaglutinação de todas as frações conservadoras da maioria dos grupos militares, então “unificados”, e de amplos setores da classe média urbana (a “Frente Ampla”), dando apoio e sustentação política ao golpe. *Havendo sido inicialmente avalistas e depois tutores, os militares, antes um recurso em última instância, eram agora convocados para comandar a solução... apoiados em seus velhos argumentos sobre a segurança nacional, transformavam-se em árbitros e gestores da nova “fuga para a frente”* (Fiori<sup>17</sup> 1995:104), isto é, a tarefa de reaglutinar as mesmas forças políticas e reeditar a fórmula “centralizar e cres-

cer” sob a égide do “Estado desenvolvimentista”, “empurrando” a crise para mais adiante.\*

Entretanto, entre 1964 e 1968 essa coalizão de apoio se esfacelou na luta pela hegemonia interna ao poder econômico golpista. A manutenção dos mecanismos democráticos, como a eleição para governadores em 1965, mostrou-se inviável nesse contexto, uma vez que teve como resultado a derrota do governo, mesmo com a reforma partidária imposta pelos militares, que institucionalizou o sistema bipartidário – um partido do governo, a Aliança Renovadora Nacional (ARENA) e outro da oposição, o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). Severo plano de estabilização econômica, reforma tributária que provocou o esvaziamento do poder das instâncias regionais, nova legislação para o campo (Estatuto da Terra com limitada reforma agrária), arrocho salarial e repressão política compunham o quadro.

Interrompidas logo após o golpe, as mobilizações populares foram retomadas em 1967-68, com greves estudantis e nas fábricas, além de movimentos de protesto nas ruas, contra a política econômica e a repressão militar, mantendo acesa a chama política. Somam-se ainda as críticas da Igreja, organização de movimentos de oposição liderados por religiosos e a deserção de algumas lideranças da frente conservadora.

Como corolário desse processo, os próprios militares se dividiram, pressionados pelos conflitos intraburgueses (e por outros setores que apoiaram o golpe), ameaçados pela ressurgência dos movimentos populares e insatisfeitos com os rumos da política econômica. E, em nome da unidade militar, as forças mais liberais intracaserna foram alijadas do poder, dando passagem ao grupo dos militares chamados “linha dura”. Em 1968, um decreto presidencial (Ato Institucional nº 5, o AI-5, de 13/12/1968), fechou o Congresso, caçou direitos políticos e, autoritariamente, impôs a ordem e a hierarquia, consolidando o regime ditatorial, uma vez que a proposta inicial de alguns dos golpistas era “devolver” o poder depois de instaurada a ordem, mas perderam força política nesse processo. Não sendo possível equacionar os conflitos e refazer o bloco dominante numa situação semidemocrática a solução foi promover uma violenta recentralização do poder político.

Foi nesse contexto que ocorreu a elaboração e crítica a esse Plano Nacional de Saúde e é preciso enfatizar a importância da iniciativa dos técnicos e da Congregação da então Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

No que toca à segunda parte desta discussão – o planejamento em saúde – também é importante recuar no tempo para situar o valor histórico da crítica proposta por esse Editorial. A idéia de planejamento econômico-social na América Latina está vinculada ao trabalho doutrinário cepalino, especificamente nos anos 1940, ou seja, *a intencionalidade do ato de planejar se afirma como resultado, em grande medida, do trabalho teórico realizado pela Cepal*, que questiona as relações econômicas de troca entre centro e periferia, denuncia a perversa divisão internacional do trabalho e, conseqüentemente, a posição subalterna dos países latino-americanos, defendendo uma nova proposta de desenvolvimento econômico – a substituição de importações com a industrialização nacional. Nesse processo, o alavancamento pelo Estado desse desenvolvimento e sua função reguladora (atuação “keynesiana”) são fundamentais e o planejamento econômico irrompe como instrumento indispensável à racionalização dessa nova dinâmica econômica de acumulação nacional (Uribe Rivera<sup>14</sup> 1989:13-5). Entretanto, esse desenvolvimentismo, mais vidente nos anos 50, acompanhou-se de piora da dependência econômica, com crises fiscais e seqüelas perversas de toda ordem, que levaram à crise desse modelo e conseqüentes revisões.

Assim, para Uribe Rivera, *o pensamento cepalino pode ser desdobrado didaticamente em dois momentos: o momento economicista... da década de 50, e o momento sócio-político, ou integrador (no que diz respeito à idéia de desenvolvimento), da década de 60* (Uribe Rivera<sup>14</sup> 1989:16).

Entretanto, concomitantemente, na mesma década de 60, o governo Kennedy (nos Estados Unidos) formulou a proposta da Aliança para o Progresso, que numa perspectiva reformista, também incorporou a discussão dos “obstáculos internos” ao desenvolvimento e a necessidade de aplicar formas de planejamento econômico que integrassem os setores econômico e sociais. Aparentemente convergentes, esses dois discursos – o da Aliança e o da Cepal – tinham diferenças substantivas, que não cabe aqui discutir. Para esta reflexão, enfatizamos que, objetivamente, a Aliança se aproveitou e manipulou as teses cepalinas, pois pretendia legitimar e intensificar o processo de internacionalização de capital que já estava em curso nos meandros das economias nacionais (Uribe Rivera<sup>14</sup> 1989).

A Carta de Punta del Este (aprovada na reunião de ministros, da Organização dos Estados Americanos, em Punta de Leste, em 1961) é um marco importante,

\*Para uma excelente análise de todo esse processo, sumariamente sintetizado aqui, ver Fiori<sup>7-9</sup> (1995; 2001), entre outras obras do autor. A síntese apresentada dos contextos econômico e político está baseada nessas análises, cujos textos estão citados na bibliografia.

pois convencionou que para receber apoio da Aliança cada Estado latino-americano deveria preparar um “programa integrado para o desenvolvimento de sua economia”, incluindo também o desenvolvimento social. Essa idéia foi fundamental para o formulação dos conceitos básicos do planejamento em saúde, como parte integrante do desenvolvimento socioeconômico geral, sendo que os governos se comprometeram a elaborar Planos de Saúde e criar unidades de planejamento. A primeira reunião de ministros de saúde das Américas, realizada em 1963, reafirmou e ampliou esses compromissos, incumbindo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) de concretizar essa tarefa, especificamente elaborando o método Cendes-OPS de Programação Sanitária (1965)\* e desempenhando a função de assessoria permanente aos países (Uribe Rivera<sup>14</sup> 1989:23-4).

Não cabe detalhar aqui esse processo, mas em termos muito sintéticos, reiteramos, com base em Uribe Rivera<sup>14</sup> (1989:25-8), que esse método está centrado na perspectiva de lograr maior eficiência na utilização dos recursos, propondo técnicas para melhor operacionalizá-la, basicamente utilizando a análise de custo-benefício. A base teórica é economicista e administrativa, mais voltada para o crescimento que para a equidade. Apóia-se em um diagnóstico e em uma análise de custos, privilegiando a programação local, que se consolidaria nos planos regionais, vistos como somatório dos planos locais, até a elaboração do plano nacional de saúde, expressão máxima do reordenamento setorial. O método assume uma perspectiva sistêmica de análise e de atuação, integrando, em tese, as ações de saúde e os espaços geográfico-institucionais, mas concretamente, defende que a técnica programática pode superpor, e talvez, suplantará, a definição política. Concentra-se, excessivamente, na racionalização dos recursos, em detrimento dos aspectos macro-institucionais, numa concepção a-histórica, seja dos recursos, seja da estruturação institucional e social dos sistemas de saúde.

Esse método e seu marco analítico foram amplamente questionados na América Latina e essa crítica engendrou novas perspectivas para o planejamento em saúde, numa perspectiva estratégico-situacional e comunicativa (Uribe Rivera, 1989).

Pois bem, observando a conjuntura econômica subjacente ao golpe e aquela que emerge com o “endurecimento” político no Brasil, fica clara a utilização dessas diretrizes regionais para o setor e sua “tra-

dução” perversa, segundo a perspectiva particular do então governo. E, também identifica-se, na boa crítica técnica elaborada e publicada neste editorial, não apenas um espelho do “estado da arte” das análises de sistemas e serviços de saúde naquele momento, mas também a fundamentação preconizada pelo então emergente planejamento em saúde, ainda com forte tom normativo.

Assim, no plano econômico, a disputa entre as elites nacionais, mencionadas anteriormente, incluindo os militares, levou ao fortalecimento da grande empresa, privada e pública, nacional e internacional (Fiori<sup>7-9</sup> 1995; 2001), dando supremacia à burguesia monopolista internacionalizada que, em estrita aliança com o Estado e financiada com pesado endividamento externo e interno, passou a comandar o novo ciclo de expansão industrial, num processo de rápido crescimento. No período 1968-1974 esse grupo logrou diluir os conflitos mais agudos satisfazendo as demandas das principais frações dominantes (agrárias, mercantis, financeiras e industriais) e aliviando as expectativas da classe média: foi o período do “Milagre Econômico”. A militarização e a tecno-burocratização da gestão estadual, o abandono do discurso liberal e o fechamento do sistema político foram o pano de fundo desse processo, que marginalizou a população de qualquer atividade ou participação política, relegadas a outros espaços de atuação e à clandestinidade.

Esvaziados os partidos políticos e o Parlamento, enquanto canais de representação e instâncias de negociação, reativa-se um “velho modelo”. Os novos interesses do processo de expansão capitalista deslocaram-se para dentro da burocracia executiva, promovendo-se a interseção da tecno-burocracia militar com os interesses privados, operando de forma anárquica e segundo a força econômico-política de cada grupo de interesse. Todo o aparato estatal foi instrumentalizado nessa direção, estimulando e exacerbando o clientelismo e a corrupção. E, para as diferentes frações populares (geográficas, econômicas e políticas) desarticuladas e excluídas dessa intermediação, o Estado reservou uma atuação errática e descontínua, usando intermitentemente a cooptação e a repressão. Combinou-se assim, a estatização das organizações sindicais mais combativas com medidas de política social, alternando-se paternalismo e repressão, que logrou, apesar de tudo, incluir parcela importante da população no “mercado capitalista”, como consumidora porém e nunca como população trabalhadora ou cidadã, sendo que a Seguridade Social foi particu-

\*O documento da OPS-OMS, 1965, *Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud*, configura o método CENDES-OPAS, especificamente elaborado para o planejamento em saúde. Para uma excelente revisão dos antecedentes históricos do planejamento em saúde na América Latina, assim como do desenvolvimento de metodologias específicas, referenciais teóricos, limites e possibilidades de cada proposta, ver Uribe Rivera (1989), citado na bibliografia.

larmente utilizada nessa direção. Deixa-se aos mecanismos de poder local, devidamente “domesticados”, e à mídia a tarefa de construir e manter adesões e fidelidade políticas simbólicas.

*Politicizada a competição econômica*, que tentava transformar a concorrência de mercado em luta por alguma fatia do poder estatal, *e estatizada a organização e luta entre os vários grupos de interesse, fragmenta-se [também] o aparelho de Estado [...]* (Fiori<sup>7</sup> 1995:109) e balcaniza-se o seu poder. Como reação, o próprio Estado se burocratizou cada vez mais e centralizou o poder no Executivo, pois teve desintegrada sua base geográfica e econômica de sustentação. Deriva dessa dinâmica, como contraface do enorme poder estatal, uma expectativa constante dos agentes econômicos, com permanente comportamento defensivo e especulativo, além de uma classe dominante completamente descompromissada com os rumos da Nação, pois que não se identifica como artífice, mentora ou sustentadora desses processos, nem como verdadeira autora dessa fórmula de desenvolvimento e participe dessas coalizões. No momento seguinte, essa mesma burguesia bradou as bandeiras da desestatização e da descentralização, ainda que não abra mão facilmente dos subsídios e alavancamentos econômicos proporcionados pelo Estado.

Com a exaustão desse ciclo expansivo, 1968-1974, retornaram os velhos problemas, somados agora a novos desafios, pois as transformações produzidas nesse processo foram de grande envergadura: consolidou-se de forma definitiva um “pólo moderno”, industrial, altamente concentrado, econômica e regionalmente, que controla mercados constituídos como monopólios; ampliaram-se as distâncias e radicalizaram-se as diferenças regionais num país continental; cresceu a

população e agravou-se de forma importante o quadro social das desigualdades individuais e sociais.

Esse panorama foi o principal motor das transformações subseqüentes, desembocando na transição política para a democracia nos anos 80, com o esgotamento desse modelo de desenvolvimento; assim como, constituiu-se no *leitmotiv* para o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, onde profissionais da área se opuseram, de forma contundente e militante, ao autoritarismo vigente e propuseram mudanças importantes na política de saúde, tendo como princípio fundamental o lema *saúde é direito de todos e dever do Estado*.

O Plano Leonel Miranda não foi implementado, não apenas pelos grosseiros erros metodológicos, bem apontados no editorial aqui comentado e também por outros autores, mas a idéia de privatização foi levada adiante um pouco depois de forma muito mais competente, com a reforma da Previdência Social, que subsidiou de forma efetiva o real crescimento do setor privado no setor (Braga & de Paula<sup>3</sup> 1981; Cordeiro<sup>4,5</sup> 1980, 1984; Oliveira & Teixeira<sup>12</sup> 1985).

Ressalta-se, por fim, a “atualidade” das propostas do Plano Leonel Miranda em relação à agenda de reforma para a saúde que foi formulada, difundida e implementada mundialmente décadas depois, nos anos 1980, na esteira da crise econômica mundial e como corolário da hegemonia neo-liberal que caracterizou esse período (Almeida<sup>1,2,\*</sup> 1996, 1999).

Ainda que no Brasil, o percurso histórico da reforma sanitária brasileira tenha sido outro (Escorel<sup>6</sup> 1998; Pêgo & Almeida<sup>13</sup> 2002), não ficamos (e nem somos) imunes a essa difusão de idéias. Mas essa, é uma outra história.

## REFERÊNCIAS

1. Almeida CM. Novos modelos de reforma sanitária: bases conceituais e experiências de mudança. In: Costa NR, Ribeiro JM, editores. Política de saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p. 69-98.
2. Almeida CM. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999;4(2):263-86.
3. Braga JCS, Paula SG de. Saúde e previdência: estudos de política social. São Paulo: Cebes/Hucitec; 1981.
4. Cordeiro H. A indústria da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Graal/Cebes; 1980.
5. Cordeiro H. As empresas médicas. Rio de Janeiro: Graal; 1984.
6. Escorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
7. Fiori JL. Em busca do dissenso perdido: ensaios críticos sobre a festejada crise do Estado. Rio de Janeiro: Insight; 1995.

\*Almeida CM. As reformas sanitárias nos anos 80: crise ou transição? [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 1995.

8. Fiori JL. O vôo da coruja: uma releitura não liberal da crise do estado desenvolvimentista. Rio de Janeiro: UERJ; 1995.
9. Fiori JL. Brasil no espaço. Petrópolis: Vozes; 2001.
10. Mello CG. Análise do Plano Nacional de Saúde. In: Mello CG. Saúde e assistência médica no Brasil. São Paulo: Cebes/Hucitec; 1977. p. 65-83.
11. O'Donnell G. Tensões no Estado autoritário-burocrático e a questão da democracia. In: Collier D, organizador. O novo autoritarismo na América Latina. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1982. p. 267-96.
12. Oliveira JAA, Teixeira SMF. (Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência Social no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1985.
13. Pêgo RA, Almeida CM. Teoría y práctica de las reformas de los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(4):971-89.
14. Uribe Rivera FJ. Planejamento de saúde na América Latina: revisão crítica. In: Uribe Rivera FJ, organizador. Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez/ABRASCO; 1989. p. 11-55.