

**Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ**  
**Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde**

**NAIARA PRATO CARDOSO DE SOUZA**

**A 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (1963):**  
**ANTECEDENTES PARA UM SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICO E**  
**DESCENTRALIZADO**

**Rio de Janeiro**

**2014**

**NAIARA PRATO CARDOSO DE SOUZA**

**A 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (1963):  
ANTECEDENTES PARA UM SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICO E  
DESCENTRALIZADO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre. Linha de Pesquisa: História das Políticas, Instituições e Profissões em Saúde.

Orientadora: Profª Dra. Tania Maria Dias Fernandes

Rio de Janeiro

2014

## Ficha catalográfica

C268t Souza, Naiara Prato Cardoso de

A 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963): antecedentes para um Sistema Nacional de Saúde Público e Descentralizado / Naiara Prato Cardoso de Souza. – Rio de Janeiro: s.n., 2014.

160 f.

Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2014.

Bibliografia: f. 134-146

1. Saúde pública - história. 2. Política de saúde. 3. Planejamento em saúde. 4. Perfis sanitários. 5. Brasil.

CDD614.0981

# **NAIARA PRATO CARDOSO DE SOUZA**

## **A 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (1963): ANTECEDENTES PARA UM SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICO E DESCENTRALIZADO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre. Linha de Pesquisa: História das Políticas, Instituições e Profissões em Saúde.

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Profª Dra. Tania Maria Dias Fernandes (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz) – Orientadora

---

Profª Dra. Nísia Trindade Lima (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz)

---

Profª Dra. Ana Beatriz de Sá Almeida (Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz)

### **Suplentes**

---

Profª Dra. Dilene Raimundo do Nascimento (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz)

---

Prof. Dr. Carlos Henrique Assunção Paiva (Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz)

Rio de Janeiro  
2014

À minha mãe,  
Ilse Mari Prato Cardoso

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha orientadora, professora Tânia Maria Dias Fernandes, pela prudência, sabedoria e paciência com que me conduziu na elaboração deste estudo. À Casa de Oswaldo Cruz, meus professores e colegas de curso. À minha amiga Helen Massote e, por fim, ao meu marido, Romero Marconi, agradeço a sua compreensão nos momentos que exigiram meu distanciamento, e o seu carinho e amor que sempre me deram forças para seguir em frente.

*Por que o Governo não cuida?*

*Ah, eu sei que não é possível. Não me assente o senhor por beócio. Uma coisa é pôr ideias arranjadas, outra é lidar com país de pessoas, de carne e sangue, de mil-e-tantas misérias... Tanta gente – dá susto saber – e nenhum sossega: todos nascendo, crescendo, se casando, querendo colocação de emprego, comida, saúde, riqueza, ser importante, querendo chuva e negócios bons...*

(João Guimarães Rosa, Grande Sertão: Veredas)

## RESUMO

Este estudo aborda a 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 1963, durante o governo João Goulart (1961-1964), último presidente civil da experiência democrática brasileira iniciada em fins de 1945. O encontro teve como temas centrais a formulação de uma Política Nacional de Saúde mais adequada à realidade do país, a qual seria consolidada em um Plano Nacional de Saúde, integrando as três esferas federativas: União, estados e municípios, com vistas à descentralização e à municipalização das ações. Esta proposta, além de concretizar o disposto na Constituição de 1946, se pautava na convicção de que as populações locais é que poderiam ter um conhecimento mais realista de seus problemas. Diferentemente dos antecessores, o governo Goulart entendia ser o caminho mais adequado para a melhoria das condições de saúde da população, inclusive no aspecto financeiro, a criação de uma estrutura básica de órgãos de assistência médico-sanitárias focada nos municípios. A 3ª CNS fundamentou-se nas recomendações aprovadas pelo 15º Congresso Brasileiro de Higiene e nos princípios enunciados no *Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social*, elaborado pelo economista Celso Furtado. Além de propor a descentralização das ações, o encontro teceu críticas ao formato institucional do Ministério da Saúde e ao caráter fragmentário e corporativo dos serviços, propugnando por uma reforma na organização sanitária do país. Este modelo de saúde pública só viria a se consubstanciar a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e da articulação da sociedade civil em torno de um projeto para a saúde como direito da cidadania e dever do Estado, posteriormente inscrito na Constituição de 1988.

Palavras-chave: 3ª Conferência Nacional de Saúde; História da Saúde pública; Governo João Goulart; Planejamento em saúde.

## **ABSTRACT**

This paper handling the 3<sup>rd</sup> National Health Conference, held in December 1963, during the João Goulart's government (1961-1964), the last civilian president of Brazil's democratic experience, started in 1945. The meeting had as its central themes the national policy health formulation, best suited to the country's reality, which would be embodied in a National Health Plan, integrating the three federal health spheres: Union, states and municipalities, aiming at decentralization and health's municipalization. This proposal, in addition to achieved the 1946 Constitution's provisions, were based on the belief that local people is whom could get a better guidance of their own reality. Unlike predecessors, the Goulart's government acknowledge to be the most suitable to improve the health population's conditions, including the financial aspect, the creation of an basic structure of organs for health and medical care, focused on municipalities. The 3<sup>rd</sup> CNS was based on the advises approved on the 15<sup>th</sup> Brazilian Hygiene Congress and principles listed on the Triennial Social and Economic Development Plan, drafted by Celso Furtado economist. Besides proposing the health decentralization, the meeting wove criticism to the Health Ministry's institucional format and to the fragmentary and corporate nature of health services, advocating for healthcare's organization reform. This public health model would only take form from the 8<sup>th</sup> National Health Conference, in 1986, and from the civil society articulation around a health project as a right of citizenship and duty of the State, later inscribed in the 1988 Constitution.

Keywords: 3<sup>rd</sup> National Health Conference; History of public health; João Goulart's government; Health planning.

## SUMÁRIO

|   |            |
|---|------------|
| <b>Introdução .....</b>   | <b>11</b>  |
| <br>  |            |
| <b>1 As Conferências Nacionais de Saúde: de instrumento para a centralização estatal aos fóruns de participação democrática .....</b> | <b>19</b>  |
| 1.1 A criação das Conferências Nacionais de Saúde.....  | 20         |
| 1.2 Breve histórico (1941-2011).....  | 24         |
| 1.3 Em busca de uma síntese .....   | 53         |
| <b>2 A Saúde no governo João Goulart .....</b>  | <b>56</b>  |
| 2.1 Tempos de crise .....   | 57         |
| 2.2 A setorização das atividades médico-sanitárias e o Ministério da Saúde.....   | 65         |
| 2.3 A influência das propostas da SBH e o 15º Congresso Brasileiro de Higiene .....   | 78         |
| 2.4 Planejamento estatal no pós-guerra e o <i>Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social</i> .....                           | 82         |
| 2.5 Algumas considerações sobre o governo João Goulart .....  | 85         |
| <b>3 A Conferência de 1963: diretrizes para uma nova Política Nacional de Saúde...92</b>  |            |
| 3.1 Uma visão geral sobre a 3ª Conferência e seus Anais .....   | 93         |
| 3.2 ‘Situação sanitária da população brasileira’: um diagnóstico .....  | 99         |
| 3.3 Municipalização das ações: adequação ao nível local.....  | 108        |
| 3.4 Planejamento como forma de ordenar a saúde coletiva .....   | 117        |
| 2.5 Apontamentos sobre a 3ª CNS e seus participantes .....  | 125        |
| <br>  |            |
| <b>Considerações finais .....</b>   | <b>131</b> |
| <br>  |            |
| <b>Referências bibliográficas.....</b>  | <b>134</b> |
| <br>  |            |
| <b>Anexos.....</b>  | <b>147</b> |
| Anexo A – 3ª CNS. Tema A: Relatório e recomendações .....   | 148        |
| Anexo B – 3ª CNS. Tema B: Relatório e recomendações .....   | 151        |
| Anexo C – 3ª CNS. Tema C: Relatório e recomendações .....   | 154        |
| Anexo D – 3ª CNS. Tema D: Relatório e recomendações .....   | 157        |
| Anexo E – 3ª CNS. Recomendações gerais .....  | 160        |

# Introdução

Objetivamos neste estudo analisar a 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 1963, no Brasil, durante o governo João Goulart (1961-1964), praticamente às vésperas do golpe civil-militar que poria fim à experiência democrática iniciada no final de 1945. O encontro teve como temas centrais a elaboração de um Plano Nacional de Saúde para a União, os estados e os municípios, com vistas à descentralização e à municipalização das ações de saúde pública, e a formulação de uma Política Nacional de Saúde, considerada, à época, mais adequada à realidade do país.

A proposta de municipalização dos serviços de saúde, além de ir ao encontro do disposto na Constituição de 1946, se baseava na concepção de que as populações locais é que poderiam ter um conhecimento mais realista de seus problemas. Diferentemente dos governos anteriores, o governo Goulart entendia ser o caminho mais adequado para a melhoria das condições de saúde da população, inclusive no aspecto financeiro, “a criação de uma estrutura básica de órgãos de assistência médico-sanitárias, atendendo a todo o País, mas tendo como centro de ação os municípios.” (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.202).

A historiografia recente salienta que o período entre 1945 e 1964 tem sido pouco estudado. Nas palavras de Jorge Ferreira (2006, p.9): “Se compararmos esse período da história do Brasil com outros países, notaremos que se trata de uma temporalidade carente de pesquisas e, via de regra, marcada por uma história política muito descritiva ou por uma interpretação marxista por demais determinista e economicista.”

A área temática da saúde pública pode constituir um veio analítico fértil para o estudo do Estado e das políticas governamentais, como nos mostra Cristina Fonseca (2007). Em seu trabalho, a autora demonstra como, no Brasil dos anos de 1930 a 1945, a política social, na qual estão incluídas as ações de saúde, foi transformada em mecanismo de penetração do poder público em todo território nacional, a fim de manter a sua unidade territorial. Fonseca considera que a maior parte dos estudos sobre políticas sociais no Brasil neste período tem privilegiado o campo da previdência social, em detrimento das ações executadas pelo Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp).

Na literatura pesquisada, sobre o período de 1945 a 1946, verificamos que as ações e projetos na área da saúde pública merecem ser mais bem elucidados, pois, também em tal recorte temporal, predominam trabalhos que privilegiam o campo da previdência social, com destaque para os estudos de Jaime Oliveira e Sonia Fleury Teixeira (1989) e José Carlos Souza Braga e Sergio Goes de Paula (1986).

As Conferências Nacionais de Saúde foram instituídas em 1937, durante o primeiro governo de Getúlio Vargas (1930-1945), como parte de uma ampla reforma promovida pelo então ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema. Embora a lei que as instituiu determinasse que tais encontros devessem ocorrer a cada dois anos, no máximo, a 1ª Conferência só foi realizada em 1941 e a 2ª CNS aconteceu em 1950, já durante o governo do marechal Eurico Gaspar Dutra (1946-1951).

Treze anos após a realização deste segundo encontro, o ministro da Saúde, Wilson Fadul, remeteu ao presidente João Goulart o projeto do Decreto para convocação da 3ª Conferência Nacional de Saúde, em julho de 1963. O documento apontava a ‘necessidade’ de uma Política Nacional de Saúde, com vistas à descentralização e à municipalização das ações, fundamentando-se nas recomendações aprovadas pelo 15º Congresso Brasileiro de Higiene e nos princípios enunciados no *Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social*, elaborado pelo economista Celso Furtado (Fundação Municipal de Saúde, 1992).

Além da proposta de descentralização das ações, no pronunciamento de Wilson Fadul, durante a abertura da 3ª Conferência, assim como nos Anais do evento, são explicitadas a defesa de uma reforma sanitária e críticas ao formato institucional do Ministério da Saúde e ao caráter fragmentário e corporativo de seus serviços, pontos que foram endossados pelo presidente João Goulart. Outro aspecto que mereceu destaque na 3ª CNS, embora não estivesse incluído no temário oficial, foi a questão da indústria farmacêutica, identificada com a desnacionalização e a crescente elevação dos preços dos medicamentos.

Os Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde só foram publicados em 1992, por iniciativa do Movimento Socialista de Saúde do Partido Democrático Trabalhista (PDT). A apresentação do documento foi redigida neste mesmo ano, por Wilson Fadul, o qual apontou uma espécie de continuidade das propostas da 3ª CNS no pensamento sanitário dos anos 1980 e na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Tal observação se referia, principalmente, aos aspectos relativos à descentralização das ações de saúde e ao entendimento da saúde como direito social – ainda que os participantes deste movimento não tenham tido acesso aos documentos escritos sobre a Conferência de 1963.

A bibliografia que envolve a 3ª CNS cita autores como Sarah Escorel e Luiz Antonio Teixeira (2008), Sarah Escorel e Renata Arruda de Bloch (2005), Jane Sayd, Luiz Vieira Júnior e Israel Cruz Velandia (1998), e publicações do Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS (2009). Todavia, tais estudos não se aprofundam sobre este encontro, por não constituir a 3ª CNS o cerne dos trabalhos. Em comum, a Conferência de 1963 é apontada

como o auge de um pensamento que vinha ganhando força desde os anos 1950 e que considerava a saúde de uma população inseparável do processo de desenvolvimento nacional, orientando, cada vez mais, o governo e os técnicos do Ministério da Saúde. O próprio ministro da Saúde Wilson Fadul reputava como essencial “repensar criticamente a Organização Sanitária Brasileira” para viabilizar a “correção dos vícios que lhe reduziam o alcance e eficiência: a insuportável centralização que deixava desprotegido um grande contingente da população e a atitude de passividade com que eram aceitas muitas medidas estranhas à nossa realidade” (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.3).

Uma das razões do nosso interesse neste evento específico reside no fato de ter ocorrido num momento extremamente conturbado da história brasileira recente, marcado por crise econômica, grande agitação política e recrudescimento dos movimentos populares. Em tal cenário, ainda que se configurasse como um encontro técnico na composição dos delegados, a 3ª CNS adquiriu também um caráter político, face aos temas abordados e à conjuntura em que foi realizada. Como observam Nísia Trindade Lima, Cistina Fonseca e Gilberto Hochman (2005), mesmo que de forma limitada, os rumos da saúde pública e da assistência médica foram debatidos, pela primeira vez, em um ambiente democrático, caracterizado pelo acirramento das disputas político-partidárias, eleições livres, funcionamento das instituições democráticas republicanas, liberdade de imprensa e luta de organizações da sociedade civil pela incorporação de direitos.

Outro aspecto relevante para a escolha de nosso objeto de investigação e, talvez, o mais importante em nossa opção analítica, é o fato de identificarmos nas discussões e deliberações da 3ª Conferência Nacional de Saúde os antecedentes para um sistema nacional de saúde, público e descentralizado. A descentralização foi assumida como uma das diretrizes do atual Sistema Único de Saúde (SUS), cujas bases foram estabelecidas na Constituição de 1988, já no contexto da redemocratização do país após o golpe de 1964, e corresponde, de modo sintético, à distribuição de poder político, de responsabilidade e de recursos da esfera federal para a estadual e a municipal (Matta, 2010).

A 3ª Conferência adotou a tese da municipalização como um caminho para se criar uma estrutura sanitária considerada mais adequada à realidade econômica, política e social de um país subdesenvolvido e com vastas diferenças regionais. Para tanto, colocava-se como necessário que fosse discutida e repensada a articulação das atividades sanitárias nos diversos níveis da administração – federal, estadual e municipal –, o que foi definido por Fadul como

um “primeiro passo para a implantação de um sistema nacional de saúde unificado” (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.3).

Desde 1941, foram realizadas 14 Conferências Nacionais de Saúde. Ao longo dos anos, estes encontros, inicialmente formatadas como instâncias técnicas, instrumento para a centralização das ações estatais de saúde e para a regulação do fluxo financeiro do setor, foram transformados, principalmente a partir da Constituição de 1988. Desde então, as Conferências Nacionais proliferaram enquanto instâncias e arenas públicas de encontro entre a sociedade e o Estado e, atualmente, abrangem mais de quarenta áreas temáticas, abarcando outros setores além da saúde.

A próxima Conferência Nacional de Saúde está programada para 2015, fato destacado pelo atual ministro da Saúde, Arthur Chioro (2014), em seu discurso de posse, como “*locus* para onde convergirão propostas de aperfeiçoamento do nosso sistema nacional de saúde”, tendo em vista que no ano de 2015 deverá ser produzido o novo Plano Nacional de Saúde para o quadriênio 2015-2018, para o qual as contribuições da 15ª Conferência serão fundamentais, conforme as palavras do próprio ministro.

Importa ressaltar o papel da relação entre passado e presente, na qual as questões colocadas ao passado são demandadas a partir do tempo presente. “Em boa verdade, conscientemente ou não, é sempre às nossas experiências quotidianas que, em última análise, vamos buscar, dando-lhes, onde for necessário, os elementos que nos servem para a reconstituição do passado” (Bloch, s/d, p.43). Jacques Le Goff (1982, p.26 e 32) aborda o passado como “uma construção” e uma “reinterpretação constante”. De acordo com ele, “elaborar um fato significa construí-lo ou, se quisermos, dar respostas a um problema. E se não existe problema, não existe nada. Só há fato ou fato histórico no interior de uma história-problema”.

O ano de 1964 pode ser considerado como um divisor de águas na política brasileira e, nos últimos anos, o governo João Goulart, bem como o sistema no qual operava, vem sendo revisitado pela historiografia. O extenso trabalho de Jorge Ferreira (2011) é um esforço no sentido de reconstruir a imagem do último presidente civil anterior ao golpe de 1964 e o modo como suas ações foram interpretadas desde então. A biografia que Ferreira escreve é resultado de um movimento historiográfico que começou em 2006, 30 anos depois do falecimento de Jango. Tal movimento se propõe a discutir criticamente a noção de populismo enquanto categoria explicativa da política brasileira, apresentando em seu lugar conceitos tais como o de trabalhismo e o de nacional-estatismo para compreensão dos anos entre 1945 e 1964. Em

comum, autores como Ferreira (2006, 2011, 2013), Angela de Castro Gomes (2013) e Daniel Aarão Reis Filho (2013) entendem que, durante este período, o país conheceu uma experiência democrática ‘verdadeira’ e consideram que a teoria sobre o populismo construída após o golpe é uma representação desqualificadora do processo democrático brasileiro.

A memória dos 50 anos do golpe de 1964 tem repercutido em acontecimentos recentes, sendo amplamente atualizada e explorada pela imprensa. No final de 2013, a Resolução nº 04 do Senado Federal, de 28 de novembro, tornou nula a declaração de vacância da Presidência da República pelo ex-presidente do Senado, Auro de Moura Andrade, durante a sessão conjunta de 02 abril de 1964 – um dia após o golpe e estando o presidente João Goulart ainda em terras brasileiras. Nas semanas anteriores à publicação da Resolução de novembro e também durante o mês subsequente, os jornais noticiaram a exumação dos restos mortais do ex-presidente e o funeral simbólico, em Brasília, com honras de chefe de Estado, 37 anos após sua morte<sup>1</sup>.

Ao buscar reconstruir um evento específico, a 3ª Conferência Nacional de Saúde, objetivamos, também, contribuir para estudos sobre o governo João Goulart, a partir da análise das ações no campo da saúde pública e da política para o setor então preconizada.

Procuramos, neste estudo, empreender uma pesquisa teórico-documental, orientada para a construção de quadros de referência e para a compreensão de acontecimentos, polêmicas e discussões que perpassam o período. Além dos Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde (1992), constituem nosso *corpus* documental *O Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social*, elaborado por Celso Furtado em fins de 1962, os Anais do 15º Congresso da Sociedade Brasileira de Higiene (1962) e a Mensagem Presidencial remetida por João Goulart ao Congresso por ocasião da abertura da Sessão Legislativa de 1964. Em menor escala, também nos concentramos em Anais e Relatórios de outras Conferências Nacionais de Saúde.

Partindo da tradição francesa dos *Analles*, de que não há documento-verdade, inócuo e objetivo, tomamos como tarefa a crítica ao documento, procurando desmistificar e analisar as condições sócio-históricas de sua produção.

A este direcionamento, somamos as orientações do historiador alemão Jörn Rüsen (2010), o qual também defende que é a experiência temporal do presente que torna plausível

---

<sup>1</sup> A exumação dos restos mortais de Jango é parte das investigações da Comissão Nacional da Verdade sobre as causas de sua morte. Goulart morreu no exílio, na Argentina, em 1976. A Comissão da Verdade analisa a possibilidade de o ex-presidente, que oficialmente teve como *causa mortis* um ataque cardíaco, ter sido assassinado, na chamada Operação Condor (Nascimento, 2013).

sistematizar a experiência histórica. Para ele, o conhecimento histórico não é constituído apenas com informações das fontes, mas na medida em que estas informações são incorporadas às conexões de sentido, objetivando responder às perguntas formuladas.

Com relação aos aspectos metodológicos, a presente pesquisa seguiu as seguintes fases:

1) Formulação de perguntas:

- Que fatores determinaram a convocação da 3ª Conferência Nacional de Saúde pelo Executivo Federal num quadro de crise política, econômica e social?
- Quais as propostas defendidas para o setor saúde?
- E que recomendações resultaram do encontro?

2) Escolha e análise das fontes e direcionamento das questões levantadas;

3) Formulação das informações obtidas como respostas às perguntas.

Diante do que Jörn Rüsen (2010, p.133) classifica como “operações substanciais”, “regras que determinam o ponto sobre o qual devem incidir as perguntas, que informações devem ser extraídas das fontes e que contextos constituem o caráter histórico dos fatos passados”, este estudo se enquadra na concepção analítica, ou mais precisamente, da crítica analítica. A história é, assim, extraída das fontes como um processo que se dá em meio a contextos.

Com relação às “operações processuais” do método histórico, resumidamente, seguimos as etapas da heurística (recolha e análise das fontes), crítica e interpretação. Na primeira etapa realizamos o levantamento de possíveis fontes que pudessem responder às perguntas formuladas. Examinamos o seu conteúdo informativo e classificamos os “testemunhos” sobre o passado a serem utilizados. Em seguida, pela crítica, buscou-se garantir a plausibilidade das informações, posteriormente interpretadas e interligadas a seu contexto histórico (Rüsen, 2010, p.118-133).

Este estudo foi dividido em três partes. No primeiro capítulo apresentamos uma síntese sobre as Conferências Nacionais de Saúde no Brasil, de 1941 a 2011. Nosso objetivo neste tópico é a construção de quadros históricos de referência, importantes para a compreensão a que esse estudo se dedica.

No capítulo dois procuramos reconstruir a política de saúde do governo João Goulart, à luz da conjuntura política nacional e do contexto internacional. Também apresentamos o debate sobre unificação e setorização das ações de saúde no período, além de chamar atenção

para temas que influenciam a cena política e que se farão presentes durante a 3ª CNS – como a descentralização das ações e o planejamento enquanto técnica administrativa.

O capítulo 3 foi dedicado à análise e à interpretação dos Anais da 3ª CNS. Neste tópico, correlacionamos as informações dos Anais à documentação acima citada, com o objetivo de reconstruir as discussões e recomendações em torno de cada um dos itens do temário oficial: ‘Situação Sanitária da População Brasileira – apreciação geral do problema’; ‘Distribuição das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal’; ‘Municipalização dos serviços de saúde’; e ‘Fixação de um Plano Nacional de Saúde’.

Como veremos, os dados compilados nos Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde nos ajudam a compor o retrato das condições de vida do brasileiro durante a década de 1950 e o início dos anos 1960 e a entender melhor a urgência com que se debatia a formulação e a implementação de uma Política Nacional de Saúde adequada às ‘necessidades e possibilidades da população’, expressão recorrente na documentação consultada.

## **Capítulo 1**

**As Conferências Nacionais de Saúde: de instrumento para a centralização estatal aos fóruns de participação democrática**

## 1.1 A criação das Conferências Nacionais de Saúde

*[...] gostaria também de pedir licença aos sanitaristas, aos médicos, aos profissionais da área, aos pesquisadores, aos funcionários do Ministério da Saúde, para destacar um convidado especial, um participante que conseguiu um lugar nesta Conferência com bastante sacrifício: a sociedade civil brasileira organizada [...]. A eles, que considero membros privilegiados deste encontro, quero dedicar a discussão sobre a questão "Democracia é Saúde". (Brasil, 1987, p.35)*

Neste capítulo buscamos apresentar uma síntese sobre as Conferências Nacionais de Saúde no Brasil, face à conjuntura e ao contexto histórico em que ocorreram. Como demonstrado no excerto acima, parte do discurso proferido pelo médico sanitarista Sérgio Arouca<sup>2</sup>, na abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, durante um momento de lutas pela redemocratização do país, novos atores conquistaram espaço de participação em tais encontros, até então restritos fundamentalmente a técnicos e agentes governamentais.

As seguintes questões nos orientam: como surgiram as Conferências Nacionais de Saúde no Brasil? Para que eram convocadas? E de que maneira, ao longo do tempo, se transformaram em instrumento para o aprofundamento das relações democráticas e inclusão dos cidadãos na gestão pública?

Pretendemos a construção de quadros históricos de referência, importantes para a compreensão do objeto a que nosso estudo se dedica: a 3ª Conferência Nacional de Saúde. Realizada em dezembro de 1963, na cidade do Rio de Janeiro, a 3ª CNS teve como temas centrais a elaboração de um Plano Nacional de Saúde para a União, os estados e os municípios, com vistas à descentralização e à municipalização das ações, e a formulação de uma política sanitária mais adequada às necessidades do país, além de abordar a questão da desnacionalização da indústria farmacêutica – temas caros aos sanitaristas e profissionais de saúde da época e ao próprio governo João Goulart (1961-1964). (Fundação Municipal de Saúde, 1992).

---

<sup>2</sup> Sérgio Arouca foi presidente da Fundação Oswaldo Cruz entre 1985 e 1988 e indicado pela Plenária de Saúde formada a partir da 8ª CNS para defender, na Assembleia Constituinte de 1988, a emenda popular que tornava a saúde direito da cidadania e dever do Estado.

As Conferências Nacionais de Saúde foram instituídas pela Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, como resultado de uma ampla reforma promovida por Gustavo Capanema, titular da pasta da Educação e Saúde Pública (Mesp)<sup>3</sup>. Um ano e quatro meses após assumir o Ministério, no qual permaneceria até o fim do primeiro governo de Getúlio Vargas (1930-1945), em novembro de 1935, Gustavo Capanema enviou ao presidente da República uma proposta de reforma, tendo como justificativa a necessidade de reformulação da estrutura institucional do órgão e a expansão dos serviços públicos de saúde, em diferentes regiões do país. Capanema buscava, desse modo, sistematizar normas e disciplinar o funcionamento do Mesp, conferindo-lhe maiores poderes para a coordenação e a uniformização das ações de saneamento e saúde (Fonseca, 2007; Hochman e Fonseca, 2000).

O projeto de reforma do Mesp tramitou no Congresso por quase dois anos e foi acompanhado pelo ministro até ser sancionado por Vargas. Na análise de Cristina Fonseca (2007), algumas das mudanças sugeridas demonstravam a intenção do governo federal, qual seja, a elaboração de uma política nacional de saúde, por meio da ampliação, reformulação e centralização dos serviços. Nas palavras da autora: "[...] traçavam-se, assim, estratégias que possibilitassem ações coordenadas e centralizadas segundo uma lógica coerente e articulada, ações estas orientadas pelo objetivo de ampliar a abrangência do poder público em todo o território nacional." (Fonseca, 2007, p.145).

Durante a Reforma Capanema de 1937, foram criadas algumas estruturas na área da saúde pública, objetivando levar adiante as ações centralizadoras e legitimar as propostas defendidas pelo governo instaurado na Revolução de 1930<sup>4</sup>. Dentre elas, destacamos: as Delegacias Federais de Saúde, o Fundo Nacional de Saúde, o Instituto Nacional de Saúde e as Conferências Nacionais de Saúde.

As Delegacias Federais de Saúde, num total de oito regionais (Rio de Janeiro, Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, São Paulo, Porto Alegre e Belo Horizonte), tinham como função a inspeção e a supervisão das atividades estaduais, configurando-se em instrumentos de normatização das ações de saúde no país.

---

<sup>3</sup> O Mesp foi criado em 14 de novembro de 1930, por meio do Decreto nº 19.402.

<sup>4</sup> Sobre a Revolução de 1930, ver Boris Fausto (1975). Para Fausto, a Revolução de 1930 resultou de uma cisão entre as elites dos grandes estados, que acabou por levar ao fim a Primeira República. A Aliança Liberal, (criada em 1929, unindo os opositores à candidatura paulista de Júlio Prestes à Presidência da República) refletiria a aspiração das classes dominantes regionais não associadas ao núcleo cafeeiro e a tentativa de sensibilizar as classes médias. Conforme o autor, os vitoriosos de 1930 possuíam interesses econômicos e sociais distintos. As oligarquias regionais não desapareceram, nem o padrão de relações clientelistas. A diferença é que a difusão do poder passou a ocorrer do centro para a periferia, esforçando-se o governo Vargas, desde seu início, em centralizar as decisões.

Já o Fundo Nacional de Saúde implicava em normas para a distribuição de recursos orçamentários. De acordo com o estabelecido pelo artigo 88 da Lei 378/37, "a União exercerá ação própria em qualquer ponto do País, instituindo, mantendo e dirigindo os serviços de educação e saúde que sejam caracteristicamente de necessidade ou conveniência de alcance nacional". O artigo 89 fixava também o papel do Estado para exercer "ação supletiva, em qualquer ponto do País, onde se faça necessária por deficiência de iniciativa ou recursos [...] concedendo aos estados ou às instituições particulares, respectivamente, o auxílio ou subvenção federais". Por fim, em seu artigo 93, o diploma legal determinava que "o Fundo Nacional de Saúde constituir-se-á de recursos especiais, ora destinados aos serviços de saúde pública e assistência médico-social, e de outros que, para o mesmo fim venham a ser criados."

Quanto ao Instituto Nacional de Saúde, este teria o papel de realizar estudos, inquéritos e pesquisas sistemáticas sobre os problemas sanitários do país, com ênfase nos de caráter coletivo. Até então, a concepção predominante era da atuação na esfera pública voltada ao combate a doenças infectocontagiosas, epidêmicas ou endêmicas (como a malária, a leishmaniose, a doença de Chagas, a peste e a febre amarela). As palavras de Gustavo Capanema, ao tomar posse da pasta da Educação e Saúde Pública, em 1934, traduzem esta orientação.

À saúde pública não interessa o caso individual, seja um caso de doença, seja qualquer outra situação especial relativa à saúde ou ao corpo. O caso individual só interessa à saúde pública se puder afetar a coletividade, se for capaz de pôr a coletividade em perigo. Fora disso, dele não se ocupará a saúde pública. (Capanema, 1934 apud Hochman, 2005, p.136)

A criação das Conferências Nacionais de Educação e de Saúde complementavam tais propostas de centralização administrativa, na medida em que objetivavam "facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e à saúde" e "orientá-lo na execução dos serviços locais de educação e de saúde, bem como na concessão do auxílio e da subvenção federais" (Brasil, artigo 90, Lei nº 387, 13/01/1937). A periodicidade e a responsabilidade da convocação, assim como os respectivos partícipes foram assim determinados:

A Conferência Nacional de Educação e a Conferência Nacional de Saúde serão convocadas pelo Presidente da República, com intervalos máximos de dois anos, nelas tomando parte autoridades administrativas que representem o Ministério da Educação e Saúde e os governos dos Estados, do Distrito Federal e do Território da Acre. (Brasil, Lei nº 387, 13/01/1937)

Segundo Cristina Fonseca (2007), o perfil então delineado para as conferências era o de um fórum coordenado pelo Poder Executivo e composto por administradores e técnicos representantes de órgãos públicos de saúde nas esferas federal e estadual. Nesse âmbito, seriam discutidas as questões relativas ao setor, fortalecendo o modelo de gestão centralizador-intervencionista instaurado em 1930.

A partir da Constituição de 1988, consagrou-se o princípio da participação social como forma de afirmação da democracia, o que repercutiu institucionalmente nas conferências nacionais, reconfiguradas como instâncias e arenas públicas de encontro entre a sociedade e o Estado. Atualmente, estes encontros abrangem mais de quarenta áreas temáticas, sendo precedidos por conferências setoriais nas esferas municipal, regional e estadual. Destaca-se, enquanto pedra de toque em sua realização, promover a participação social na formulação, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas (Brasil, 2013).

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>5</sup> e sobre as transferências intergovernamentais de recursos na área da saúde. Por esse instrumento legal, as Conferências Nacionais de Saúde se tornaram instâncias colegiadas do SUS em cada esfera de governo (municipal, estadual e federal), sendo convocadas quadrienalmente pelo Poder Executivo ou, em caráter extraordinário, pela própria Conferência ou pelo Conselho Nacional de Saúde<sup>6</sup>. Essa lei preconiza que a representação dos usuários do SUS nas conferências deve ser paritária, em relação ao conjunto dos demais segmentos, e sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, sendo previamente aprovadas pelo Conselho de Saúde da respectiva esfera de realização.

Entre 1941 e 2011, foram realizadas 14 Conferências Nacionais de Saúde. Além da 3ª CNS, objeto a que este estudo se dedica, um marco na história desses encontros foi a 8ª Conferência, em 1986. A 8ª CNS reuniu mais de quatro mil participantes, representando uma grande mobilização nacional na defesa da saúde, no contexto dos movimentos sociais pela

---

<sup>5</sup> Resultado de uma ampla mobilização de setores da sociedade civil, o SUS estabeleceu um novo formato institucional, reconhecendo a saúde como direito da cidadania, reordenando os serviços de assistência médica e sanitária, com vistas à descentralização e à municipalização das ações. As bases legais do SUS são formadas por três documentos: a Constituição de 1988, a Lei 8.142/90 e a Lei 8.080/90, que dispõe sobre a organização e regulação das ações e serviços de saúde em todo território nacional.

<sup>6</sup> O Conselho Nacional de Saúde é um órgão colegiado do SUS, de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Participam também o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Cabe ao Conselho Nacional de Saúde atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive, em seus aspectos econômicos e financeiros (Brasil, Lei nº 8.080, 19/12/1990).

redemocratização do país. "O temário da VIII CNS propunha três questões cruciais: a saúde como dever do Estado e direito do cidadão; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e o financiamento setorial." (Hochman e Fonseca, 2000, p.173).

A última Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 2011 e teve como tema 'Todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro'. Entre as diretrizes aprovadas, destacam-se alguns pontos, tais como: o direito à saúde e à seguridade social; o financiamento do sistema; a valorização dos trabalhadores da saúde; a humanização no atendimento; a ampliação e o fortalecimento da rede de atenção básica e a construção de uma política de informação e comunicação capaz de garantir a gestão participativa e eficaz do SUS (Brasil, 2012). Pontos, muitos dos quais, ainda não foram assumidos com precisão e compromisso pelos gestores e prestadores de serviços de saúde.

## **1.2 Breve histórico: 1941-2011**

Algumas publicações, como a primeira edição dos *Cadernos de Recursos Humanos para a Saúde* (1993), têm considerado que, tanto pela temática tratada quanto pela forma de abordagem, é possível uma periodização das Conferências Nacionais de Saúde. Um primeiro momento proposto abarca os anos de 1941 a 1963 (1ª à 3ª CNS), o segundo, de 1967 a 1980 (4ª à 7ª CNS), e o terceiro período apresentado seria o inaugurado com os encontros realizados a partir da 8ª Conferência, em 1986, quando foram incluídas mudanças em seu formato, sendo a principal delas a participação social.

Todavia, para determinados autores, tal periodização é insatisfatória. Jane Dutra Sayd, Luiz Vieira Jr. e Israel Cruz Velandia (1998, p.169-188) propõem uma classificação em quatro fases: a 1ª e a 2ª CNS, que seriam marcadas pelo "sanitarismo clássico" (1941-1961); a 3ª CNS (1963), identificada como um momento de "transição", face ao processo de discussões na área da saúde, as especificidades do momento político em que ocorre e a proposta de um planejamento mais global; a 4ª à 7ª CNS (1964-1985), realizadas durante os governos militares, que apresentam, segundo os autores, a busca pela ampliação do planejamento estatal, alinhando-se ao "campanhismo curativista"; e a 8ª e a 9ª CNS (1986-1992), marcadas pela Reforma Sanitária e reivindicações pela cidadania plena. Esta mesma periodização, embora parcialmente modificada, aparece também no trabalho de Sarah Escorel e Renata Bloch (2005). Neste estudo as autoras acrescentam a análise sobre a 10ª, a 11ª e a 12ª Conferência (1996-2003), compreendidas como parte da conjuntura de consolidação do SUS.

Gilberto Hochman e Cristina Fonseca (2000), principalmente no que se refere à 1ª e à 2ª CNS, discordam de tais tentativas de periodização.

De modo geral, os autores elaboram uma periodização sobre as conferências na qual a primeira [1941] e a segunda, realizada em 1950, aparecem como expressão do sanitarismo clássico, caracterizado pela ênfase na técnica, em grandes campanhas de saúde verticalizadas e em políticas centralizadoras, mas pouco aberto à política e à sociedade civil. A nosso ver, falta nesses trabalhos uma investigação da documentação existente no período, havendo certa dificuldade em lidar com o berço autoritário de uma instituição que se tornou, a partir de 1986, um fórum democrático e participativo no campo das políticas de saúde, símbolo do que se denominou de movimento pela reforma sanitária. (Hochman e Fonseca, 2000, p.175)

Posto o debate que envolve a periodização das Conferências Nacionais de Saúde, neste trabalho não buscaremos nenhum tipo de agrupamento de tais encontros em fases. No panorama sobre as Conferências (1941-2011) que procuramos reconstruir, buscaremos entender a sua institucionalização enquanto instâncias de participação democrática, a partir do processo histórico e dos diferentes momentos conjunturais nos quais estão inseridos.

- **1ª Conferência Nacional de Saúde (1941)**

No projeto varguista, as Conferências Nacionais de Educação e de Saúde tinham como principal atribuição propiciar ao governo federal subsídios e instrumentos para a centralização das ações estaduais e a regulação do fluxo financeiro no setor.

Em março de 1941, o ministro Capanema apresentou um novo projeto de reforma para o Mesp, já sob o regime do Estado Novo. Num contexto político diverso daquele em que havia tramitado a proposta da primeira reforma (1935-1937), o Decreto-Lei 3.171 foi aprovado logo no mês seguinte, em 02 de abril, e a pasta passou a ser denominada de Ministério da Educação e Saúde (MES). O governo procurava, desse modo, centralizar e fortalecer ainda mais os órgãos federais, reorganizando o Departamento Nacional de Saúde (DNS) e criando uma série de serviços nacionais<sup>7</sup>, valendo-se, para tanto, da autonomia que o regime ditatorial do Estado Novo lhe assegurava. Conforme Cristina Fonseca (2007):

O que a reformulação trouxe de mais significativo foi a reorganização e unificação das atividades de saúde pública em andamento, algumas delas, executadas por órgãos distintos que passaram, a partir de então, a atuar sob uma supervisão central.

---

<sup>7</sup> O DNS era o órgão do Ministério da Educação e Saúde responsável pelas ações de saúde pública. Os Serviços Nacionais instituídos foram os seguintes: Serviço Nacional da Peste (SNP), da Tuberculose (SNT), da Febre Amarela (SNFA), do Câncer (SNC), da Lepra (SNL), da Malária (SNM), de Doenças Mentais (SNDM), de Educação Sanitária (SNES), de Fiscalização da Medicina (SNFM), de Saúde dos Portos (SNSP) e os Serviços Federais de Bioestatística (SFB) e de Água e Esgotos (SFAE), criados pelo Decreto-Lei nº 3.171, de 02/04/1941.

A nacionalização dos serviços significou, antes de tudo, a centralização das atividades e a sua execução conforme normas e padrões estipulados pelos gestores federais. (Fonseca, 2007, p.234)

A complexidade de atores e interesses envolvidos no cenário de mudanças desencadeadas no pós-1930 implicou variações nas políticas sociais adotadas na área da saúde, divididas entre Mesp e Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), por meio dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Para grande parte dos autores que se dedicam ao período, as disputas políticas ensejaram um formato de conciliação que resultou na consagração de um modelo de política pública que favorecia aos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho formal, definindo-os como legítimos destinatários das políticas sociais constituídas no MTIC (Santos, 1998).

Em 27 de janeiro de 1941, portanto, pouco mais de um mês antes da apresentação do projeto de reorganização do Mesp, Capanema remeteu a Vargas a exposição de motivos para convocação da 1ª Conferência Nacional de Educação (CNE) e da 1ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). O ministro argumentava que "motivos de força maior retardaram a convocação dessas conferências nacionais", todavia, o momento demonstrava-se conveniente para sua realização (Brasil, 1941, p.5).

Não tivemos acesso aos Anais dessas conferências, apenas, ao seu folheto de convocação. O documento mostra que ambas teriam sido por diversas vezes adiadas e que questionários sobre "a situação sanitária e assistencial dos estados" e sobre a "situação educacional e cultural", foram encaminhados pela comissão preparatória aos estados, Distrito Federal e Território do Acre. Conforme o folheto, em 30 de janeiro de 1941, Vargas aprovou o primeiro decreto para a convocação das conferências, o Decreto 6.788, e uma portaria ministerial, inicialmente, estabeleceu o período de 22 a 29 de junho do mesmo ano para sua realização. Todavia, foi somente com o Decreto nº 8.090, de 22 de outubro, que as datas, bem como o plano de trabalho da 1ª Conferência Nacional de Educação e da 1ª Conferência Nacional de Saúde foram de fato definidos.

O temário da 1ª CNE tratou da organização e qualidade do ensino primário, normal e superior e da "organização da Juventude Brasileira". Quanto à 1ª CNS, os temas definidos foram: organização sanitária estadual e municipal; ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra lepra e tuberculose; determinação de medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; e um plano de desenvolvimento da "obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência" (Brasil, 1941, p.9).

A 1ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada entre os dias 10 e 15 de novembro de 1941, no Rio de Janeiro, conforme Hochman e Fonseca (2000), logo após o término da 1ª Conferência Nacional de Educação<sup>8</sup>, sendo que ambas faziam parte das comemorações pelo quarto aniversário do Estado Novo. Os encontros foram presididos pelo ministro Gustavo Capanema.

A 1ª CNS configurou-se como um fórum composto por administradores e técnicos representantes de órgãos públicos de saúde, nas esferas federal e estadual, para discussão de questões relativas ao setor, sob a coordenação do Executivo, sendo a delegação federal constituída pela cúpula do Ministério.

A expectativa de Capanema para o evento era muito clara: uma discussão entre técnicos e representantes dos estados e do governo federal para estabelecer diretrizes nacionais para a política de saúde e assistência médica com um viés claramente centralizador em favor da União. De modo mais específico, o ministro pretendia organizar os serviços nacionais, em especial o de Tuberculose e Lepra, que haviam sido criados em 1941. Consolidava assim a reforma iniciada em 1937, com programas verticais e centralizados nos departamentos nacionais do MES. (Hochman e Fonseca, 2000, p.182-183)

O secretário-geral da 1ª CNS foi o médico Ernani Agrícola, à época, diretor do Serviço Nacional de Lepra (SNL). Durante o encontro, na linha do que era pretendido pela reforma Capanema, Agrícola propôs que todas as ações relacionadas à lepra ficassem sob a organização do SNL, serviço que coordenaria uma campanha nacional, cuja execução ficaria a cargo dos departamentos estaduais. Em 1963, durante a 3ª CNS, Agrícola seria o presidente da comissão técnica encarregada de avaliar o tema 'Fixação de um Plano Nacional de Saúde'.

Fato para o qual também chamamos atenção é que, durante a 1ª CNS, os delegados do Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina questionaram o Departamento Nacional de Saúde (DNS), então sob a direção de João de Barros Barreto, e apresentaram um Plano Nacional de Saúde cujo aspecto central era, já em 1941, a criação de um ministério independente para o setor, fato só concretizado em 1953 (Hamilton e Fonseca, 2003).

Entre as propostas resultantes da 1ª CNS, foi apresentado um projeto para a elaboração de um Plano Nacional de Saúde, sob a responsabilidade do MES.

---

<sup>8</sup> Consideramos importante pontuar que, em pesquisa realizada no *website* da Secretaria-Geral da Presidência da República, sobre as conferências nacionais ocorridas entre 1941 e 2010, oficialmente, a CNE de 1941 é excluída, constando na lista de conferências realizadas no período uma única Conferência Nacional de Educação, entre 29 de março e 1º de abril de 2010. A informação encontra-se disponível em: <[http://www.secretariageral.gov.br/art\\_social/conselhos-e-conferencias](http://www.secretariageral.gov.br/art_social/conselhos-e-conferencias)>.

Um projeto de resolução apresentado diretamente por Gustavo Capanema e aprovado pelo plenário da I CNS estabelecia que o MES devesse elaborar uma proposta de Plano Nacional de Saúde – "um programa geral de procedimentos e realizações a que fiquem obrigados os poderes públicos em suas três esferas". Para tanto, os governos estaduais teriam quatro meses para apresentar ao ministro suas reais necessidades e problemas na área da saúde e os meios para solucioná-los. Essa proposta seria discutida na II CNS e, uma vez ratificado o plano, caberia às conferências seguintes atualizá-lo e assegurar os mecanismos contínuos para sua execução. (Hochman e Fonseca, 2000, p.189)

- **2ª Conferência Nacional de Saúde (1950)**

A 2ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu entre os dias 21 de novembro e 12 de dezembro de 1950, durante o governo do marechal Eurico Gaspar Dutra (1946-1951), sob a gestão de Pedro Calmon na pasta da Educação e Saúde. Conforme o Ministério da Saúde, não há registros de Anais ou Relatórios sobre este encontro<sup>9</sup>. Contudo, na bibliografia consultada encontramos informações de que, durante a 2ª CNS, foram estabelecidas orientações sobre a legislação referente à higiene e à segurança do trabalho, assim como sobre a prestação de assistência médica sanitária preventiva para trabalhadores e gestantes (Hochman e Fonseca, 2000; Brasil, 2009).

Lembramos que durante o governo Dutra foi votada a quarta Constituição Republicana, a Constituição de 1946. Os direitos trabalhistas definidos durante o governo Vargas foram incorporados ao texto constitucional. Como exemplo, na Carta de 1946, em seu artigo 157, sobre a legislação do trabalho e da previdência social, no inciso XIV, foi incluída, pela primeira vez, a assistência sanitária, “[...] inclusive hospitalar e médica preventiva, ao trabalhador e à gestante [...]” (Baleeiro e Lima Sobrinho, 2001, p.105-106).

Apesar de optar por uma política ortodoxa de retorno aos princípios do liberalismo, de controle dos gastos estatais e da abertura ao capital externo, Dutra, no tocante aos gastos previdenciários, defendeu a ampliação dos serviços médicos. Em 1949, foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (Samdu), para atendimento aos segurados de Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e seus dependentes.

Conforme Jaime Oliveira e Sonia Fleury Teixeira (1989, p.149 e p.184-185), no contexto pós-1945 a previdência caminha para um “regime de repartição”. Muda o enfoque dado à assistência e crescem os gastos dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, inclusive com despesas médicas e hospitalares, o que provavelmente influenciou o temário da 2ª CNS.

---

<sup>9</sup> Informação disponível no Portal Saúde. Conferências Nacionais de Saúde. 2ª Conferência Nacional de Saúde. <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1041](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041)>.

Participaram da Conferência representantes dos estados, das Delegacias Federais de Saúde, do DNS e dos Serviços de Saúde das Forças Armadas. Evidenciamos a presença de Mário Pinotti, então diretor do Serviço Nacional de Malária. Pinotti, que em 1954 sucederia Miguel Couto Filho como titular do recém-criado Ministério da Saúde, também seria parte da delegação da Conferência de 1963, como representante do Conselho Nacional de Saúde.

De acordo com Jane Dutra Sayd, Luiz Vieira Jr. e Israel Cruz Velandia (1998), o combate à malária foi outro ponto abordado no temário da 2ª Conferência, e deve ser compreendido como parte das preocupações que orientavam as políticas governamentais relacionadas à saúde pública no período. Desde a década de 1940, o combate às endemias rurais, em especial a malária e a febre amarela, era objeto das ações governamentais e de acordos internacionais para controle e erradicação dessas doenças. Como exemplo, pode-se mencionar os acordos com a Fundação Rockefeller e a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), em 1942 (Bodstein, 1987).

- **3ª Conferência Nacional de Saúde (1963)**

A 3ª Conferência Nacional de Saúde constitui o cerne desse trabalho. A conjuntura política em que foi convocada, praticamente às vésperas do golpe civil-militar de 1964; o fato de diferenciar-se dos encontros anteriores (essencialmente técnicos), tornando-a, no contexto dos acontecimentos históricos que a emolduram, também um fórum político; além das propostas de descentralização e de crítica ao caráter corporativo dos serviços médico-sanitários – propostas estas orientadas por projetos de melhoria das condições de vida da população, que o governo nacional-reformista de João Goulart tentava levar adiante – justificam nosso interesse sobre este evento específico.

Tais aspectos serão aprofundados nos capítulos seguintes, entretanto, como parte da síntese sobre as Conferências Nacionais de Saúde que neste tópico buscamos construir, consideramos importante a inclusão de alguns apontamentos preliminares.

Quase treze anos após a realização da 2ª CNS, em ofício remetido ao presidente da República, em 19 de julho de 1963, o então ministro da Saúde, Wilson Fadul, amparado na Lei 378/37, realiza sua exposição de motivos para a convocação da 3ª Conferência Nacional de Saúde.

Uma análise realista das dificuldades enfrentadas, dos erros cometidos, das vitórias assinaladas na luta contra os males que afligem a população brasileira, constituirá um dos objetivos principais da reunião projetada.

A definição das novas diretrizes da política de saúde, fundamentadas nas recomendações aprovadas pelo 15º Congresso Brasileiro de Higiene e nos princípios enunciados no Plano Trienal e sua concretização, através de programas exequíveis, representa outra importante qualidade do debate proposto do qual participarão autoridades estaduais e municipais, que precisam coordenar esforços com a administração federal para que logrem resultados mais convincentes na ação do poder público em defesa da saúde coletiva. (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.5)

O 15º Congresso de Higiene ocorreu em 1962, em Recife (mesmo ano em que Mário Magalhães da Silveira, principal expoente da corrente que se tornou conhecida como sanitário desenvolvimentista<sup>10</sup>, assumiu a presidência da Sociedade Brasileira de Higiene - SBH). Durante o Congresso da SBH, o ex-ministro da Saúde Souto Maior apresentou um conceito ampliado de saúde, buscando consolidar uma nova política sanitária, defendendo que a saúde da população deveria ser como suas condições globais vida e de trabalho. Souto Maior "reconhecia um círculo vicioso entre pobreza e doença e subordinava sua interrupção a um projeto de desenvolvimento nacional, com base em algumas reformas estruturais da sociedade e na melhoria da distribuição da riqueza nacional." (Escorel e Teixeira, 2008, p. 379).

Elaborado por Celso Furtado em fins de 1962 (às vésperas do plebiscito que decidiria se o presidente João Goulart continuaria a governar sob um sistema parlamentarista ou sobre retorno ao presidencialismo), o *Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social* propunha, simultaneamente, o combate à inflação e a recuperação do crescimento econômico. Ao mesmo tempo, seriam empreendidas as reformas de base.

Nas disposições gerais da 3ª CNS estabeleceu-se que: "A finalidade da 3ª Conferência Nacional de Saúde será o exame geral da situação sanitária nacional e a aprovação de programas de saúde que, se ajustando às necessidades e possibilidades do povo brasileiro, concorram para o desenvolvimento econômico do País". O temário foi dividido em quatro tópicos: 'Situação sanitária da população brasileira'; 'Distribuição das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal'; 'Municipalização dos serviços de saúde'; e 'Fixação de um Plano Nacional de Saúde' (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.7 e 8).

---

<sup>10</sup> O sanitário desenvolvimentista corresponderia, grosso modo, à noção de que a saúde da população dependeria, fundamentalmente, do grau de desenvolvimento do país. Em contraposição ao sanitário clássico ou campanhismo, que enfatizaria intervenções sanitárias centralizadas, verticais e focadas em problemas específicos, remontando a ações de saúde pública do início do século XX (Hochman, 2009).

A 3ª CNS ocorreu entre os dias 09 e 15 de dezembro de 1963. A Comissão Organizadora teve como secretário-geral o presidente da SBH, Magalhães da Silveira, à época diretor da Divisão de Organização Sanitária do Ministério da Saúde.

Embora seus 95 delegados ainda fossem representantes governamentais, houve uma ampliação dos atores participantes, ao permitir que os dirigentes dos estados pudessem ser acompanhados por assessores técnicos em todos os trabalhos (Brasil, 2009).

Sarah Escorel e Luís Antonio Teixeira (2008) assinalam que as proposições da 3ª CNS foram norteadas pela ideia de se introduzir técnicas de planejamento ascendente, dos municípios para os estados e, depois, para a União. Conforme os autores,

A estratégia da municipalização condensou o novo projeto sanitário, que pretendia ser descentralizado e sustentado em um modelo de cobertura dos serviços de saúde, começando pelo atendimento básico prestado por auxiliares de saúde e se estendendo até o nível terciário, com atendimento médico-hospitalar especializado. (Escorel e Teixeira, 2008, p.380)

Apesar de não ser parte do temário oficial da 3ª CNS, a questão da indústria farmacêutica obteve destaque no pronunciamento de Wilson Fadul. Ao resumir os princípios que deveriam orientar a formulação da nova política sanitária, no item seis, o ministro defendeu: "Fortalecimento da indústria farmacêutica estatal, objetivando o aumento da produção de agentes químico-profiláticos necessários ao tratamento das grandes endemias que prevaleçam entre as camadas mais pobres da população." (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p. 30).

Como observam Nísia Trindade Lima, Cristina Fonseca e Gilberto Hochman (2005), mesmo que de forma limitada, os rumos da saúde pública e da assistência médica foram debatidos pela primeira vez em um ambiente democrático, caracterizado pelo aumento do confronto e das disputas político-partidárias, eleições livres, funcionamento das instituições democráticas republicanas, liberdade de imprensa e lutas das organizações da sociedade civil pela incorporação de direitos.

Sarah Escorel e Renata Bloch (2005) acrescentam:

Tal conferência realizou-se em um momento político de intensa discussão sobre os rumos do país, com posições extremamente polarizadas em torno de modelos de 'esquerda' e de 'direita' para o desenvolvimento social e econômico e no qual o governo federal encontrava-se disposto a partilhar as decisões de forma aberta, o que era algo extremamente inovador no Estado brasileiro. A 3ª CNS teria sido a prima precoce abortada da 8ª CNS e foi citada e revisitada à época das discussões em torno da Reforma Sanitária (1985-1986) por seu cunho municipalista e descentralizante. (Escorel e Bloch, 2005, p.91-92)

- **4ª Conferência Nacional de Saúde (1967)**

Da 4ª à 7ª CNS, estes encontros voltarão a ter novamente um caráter técnico. Ocorrerão num contexto de aumento do controle burocrático do Estado autoritário instaurado com o golpe civil-militar de 1964, marcado pela opção por uma via de desenvolvimento que privilegiou a abertura da economia para o grande capital industrial-financeiro internacional.

No setor saúde, o Estado se associou a empresários nacionais e a indústria estrangeira (principalmente indústrias farmacêutica e de equipamentos hospitalares) e financiou o consumo de serviços e produtos produzidos no setor privado, gerando o que Jaime Oliveira e Sonia Fleury Teixeira (1989, p.201) classificaram como “modelo de privilegiamento do produtor privado”.

No período inaugurado com o golpe e consolidado em 1966, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), foram dadas novas diretrizes à política de assistência médica, conferindo prioridade à contratação de serviços de terceiros, em detrimento dos serviços médicos da previdência e das ações no âmbito da saúde pública.

Como estratégia para o fortalecimento do poder estatal e tentativa de se apaziguar as tensões sociais, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) foram unificados no INPS, sob a alçada do Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS), com a assistência médica previdenciária, em tese, sendo estendida para toda a população – à exceção dos trabalhadores rurais e empregados domésticos, que passaram a ter direito ao INPS somente em 1973<sup>11</sup>. Verifica-se, nesse período, a ênfase na prática médica curativa, com restrição das ações preventivas, a articulação do Estado com interesses do capital internacional, via indústrias farmacêutica e de equipamentos médicos, e a criação de um complexo médico-industrial privado financiado com recursos públicos (Oliveira e Teixeira, 1989).

O Ministério da Saúde continuou a atuar em ações entendidas como de saúde pública. Todavia, com prejuízos, devido à manutenção da prática da distribuição dos programas de saúde em vários ministérios e a pulverização de recursos.

A 4ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada entre 30 de agosto e 04 de setembro de 1967, na Fundação de Ensino Especializado de Saúde Pública do Rio de Janeiro (Fensp) – atualmente parte da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Presidido pelo ministro da Saúde Leonel Miranda, "representante dos interesses da mercantilização da saúde", o encontro teve

---

<sup>11</sup> Lei nº 5.889, de 08 de junho de 1973.

seu temário esvaziado, abordando setorialmente a discussão sobre os recursos humanos (Gadelha e Martins, 1988, p.79).

O evento foi encerrado pelo presidente da República, Marechal Arthur da Costa e Silva (1967-1969). Em seu pronunciamento Costa e Silva enalteceu os “esforços” do “governo revolucionário” para a elevação das condições sanitárias da população, segundo um programa “racionalmente concebido”.

Ao encerrar esta IV Conferência Nacional de Saúde, assinala a circunstância de se tratar da primeira que se realiza após a Revolução de 1964. Longe de estar fazendo uma observação gratuita, desejo estabelecer uma relação íntima que se deve notar entre os acontecimentos de 31 de março e os problemas fundamentais do Brasil, até ali agressivamente equacionados em projetá-los, através das lentes deformadoras de uma pregação sectária, houvessem decidido empreender esforço sincero para integrá-los num quadro coerente e objetivo de estudos e soluções. A esse esforço é que estamos dedicados agora, de corpo e alma, muito atentos à modéstia dos recursos disponíveis, mas vivamente animados do propósito e da fundada esperança de ampliá-los, ano a ano, segundo um programa racionalmente concebido para a cobertura das nossas necessidades, no vosso como nos demais setores da atuação governamental. (Brasil, 1967, p.313)

Enquanto discurso, o modelo campanhista vertical parece, por estes anos, estar ultrapassado, com sugestões, por parte dos técnicos do Ministério da Saúde, de organização de centros médico-sanitários com atenção em caráter integral. No entanto, a tradição campanhista, de inspiração bélica, ainda permanece. No tocante ao atendimento às populações mais pobres, as estratégias de ação continuaram a se basear em ações especializadas, dirigidas para doenças específicas, sendo as equipes rigidamente hierarquizadas (Sayd, Vieira Jr. e Velandia, 1998). Essa orientação pode ser evidenciada durante palestra proferida pelo presidente da Fensp, Edmar Terra Blois:

Abrem-se, com este preparo, perspectivas para que as campanhas e as ações de saúde pública, às vezes com caráter de uma guerra, possam efetivamente se tornar completas, porque se assegura com este pessoal a fase final de toda uma ação bélica [...] que é a posse do terreno. (Brasil, 1967, p.195)

No ano seguinte, 1968, seria colocada em prática uma das propostas mais privatizantes para o Sistema Nacional de Saúde, o Plano Nacional de Saúde (PNS ou Plano Leonel Miranda). Segundo Sarah Escorel (2008), o PNS propunha a venda de todos os hospitais públicos para a iniciativa privada, enquanto o Estado ficaria com o papel de financiador, juntamente com os próprios usuários.

Implantado experimentalmente em algumas localidades<sup>12</sup>, o PNS encontrou enorme resistência, inclusive dos técnicos da previdência social, além de entrar em conflito com uma das bases de legitimação do sistema autoritário junto às classes trabalhadoras, que era a expansão da assistência previdenciária. Todavia, embora o PNS tenha "fracassado" politicamente, na avaliação de Madel Therezinha Luz (1979),

[o Programa] permaneceu vivo através de três criaturas que nos anos seguintes crescem e tomam conta da atenção médica previdenciária no país: os *convênios* com hospitais, clínicas e laboratórios; os *pagamentos por unidades de serviço médico* e, finalmente, com a expansão dos postos de ambulatórios do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o crescimento contínuo da demanda de serviços médicos, a *extensão das filas* de segurados à espera de consultas. (Luz, 1979, p. 137. Grifos da autora)

- **5ª Conferência Nacional de Saúde (1975)**

Após dezembro de 1968 e o Ato-Institucional nº 5 (AI-5)<sup>13</sup>, seguiu-se um período de silenciamento, marcado pelo aumento do autoritarismo do governo, a supressão das liberdades individuais e a perseguição aos considerados inimigos do regime.

Sarah Escorel, Dilene Nascimento e Flávio Edler (2005), destacam que:

O governo do general Médici [1969-1974] foi marcado por uma brutal repressão política aos inimigos do regime, simultaneamente ao 'milagre econômico brasileiro'. De fato, entre 1968 e 1974, o autoritarismo concorreu para o controle inflacionário e para o boom do crescimento, com taxa média de 10,9 % ao ano. Nesse período, os benefícios do crescimento eram distribuídos de modo muito desigual. Pelo menos metade da população economicamente ativa estava fora do mercado de trabalho formal, portanto, sem acesso a qualquer direito previdenciário. (Escorel, Nascimento e Edler, 2005, p.60)

Embora o Ato Institucional nº 5 tenha vigorado oficialmente até 1978, ao assumir a Presidência da República o general Ernesto Geisel (1974-1979) viu-se diante da necessidade de administrar o avanço das oposições. O regime ditatorial começava a dar sinais de seu esgotamento e o governo apresentou um projeto de distensão lenta e gradual, com um relativo abrandamento da censura, sob o controle do Executivo Federal.

No plano econômico, em meio às dificuldades conjunturais enfrentadas após o chamado 'milagre econômico' e a crise internacional do petróleo, o governo lançou o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II-PND), buscando conciliar a retomada do crescimento e

---

<sup>12</sup> Luz (1979) cita como exemplo as experiências de Nova Friburgo (RJ) e Goiânia (GO).

<sup>13</sup> Com o AI-5, o presidente da República passou a ter poderes para fechar o Congresso, cassar mandatos e suspender direitos políticos. Estabeleceu-se a censura oficial aos meios de comunicação e a tortura passou a ser parte integrante dos métodos do governo (Fausto, 2001).

conter a inflação, dando, ao mesmo tempo, mais atenção a aspectos ligados a políticas sociais<sup>14</sup>.

Em seu pronunciamento de abertura da 5ª CNS, realizada entre os dias 05 e 08 de fevereiro de 1975, no Palácio do Itamaraty, em Brasília, o presidente Geisel apresentou o II PND como uma ‘promessa’ de aumento de recursos para a área social, incluindo ações de saúde, saneamento básico e nutrição.

A importância da política social do Governo traduz-se, concretamente, na atribuição a essa área de elevada dotação de recursos financeiros, no programa de investimentos previstos no II PND.

O orçamento social tem aí a primeira colocação, em valor, e os projetos e atividades vinculados à proteção e recuperação da Saúde, considerados entre eles o saneamento básico e a nutrição, contarão com aportes da ordem de cento e dez bilhões de cruzeiros, durante o quinquênio de 1975 a 1979. (Brasil, 1975, p.21)

O encontro ocorreu durante a gestão do ministro Paulo de Almeida Machado na pasta da Saúde. O temário da 5ª CNS abordou os tópicos: ‘Sistema Nacional de Saúde’; ‘Programa Materno Infantil’; ‘Vigilância epidemiológica’; ‘Controle das grandes endemias’; e ‘Extensão das ações de saúde às populações rurais’. Temas estes demandados pelos efeitos da deterioração das condições de saúde da população, advindos de um crescente processo de concentração econômica. "Esses efeitos, a nível do estado sanitário da população, atingem em 1974 um momento crítico: aumento da mortalidade infantil, dos índices de desnutrição, eclosão de epidemias como a meningite, ressurgimento ou aumento da incidência de certas doenças endêmicas", destaca Madel Therezinha Luz (1979, p.148).

Vale lembrar que, em 1974, a Lei nº 6.036, de 1º de maio, criou o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), desmembrado do Ministério do Trabalho e Previdência Social. O MPAS tornou-se o segundo maior orçamento da União, atrás somente do Produto Interno Bruto. Ao MPAS ficou subordinado o INPS, sendo formalizado, dentro deste último órgão, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), encarregado da administração dos estabelecimentos de saúde próprios da previdência, inclusive hospitais oriundos dos antigos Institutos de Aposentadorias e Pensões.

Dentre as conclusões do encontro, os Anais da 5ª CNS citam a importância da extensão das ações de saúde às periferias urbanas e a interiorização do sistema de saúde, porém condicionadas à racionalização de recursos financeiros. Quanto às recomendações, a

---

<sup>14</sup>O II PND foi um plano quinquenal voltado ao desenvolvimento econômico e social, o qual continuava ideologicamente orientado pela visão ‘Brasil Grande Potência’. Apareciam nele, entretanto, algumas prioridades no campo social: educação, saúde e infraestrutura de serviços urbanos (Escorel, Nascimento e Edler, 2005).

questão da regionalização dos serviços foi apontada como "fundamental na implementação do 'Sistema Nacional de Saúde', com a integração indispensável de todas as unidades a nível operativo, tanto públicas, quanto privadas." (Brasil, 1975, p.257 e 258).

Todavia, apesar de suas recomendações, conforme Escorel e Bloch (2005), a 5ª CNS foi utilizada para legitimar a dicotomia entre as ações de saúde pública e a atenção médica previdenciária, assim como as propostas que envolviam a atenção à saúde das populações marginais.

- **6ª Conferência Nacional de Saúde (1977)**

A 6ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu entre os dias 1º e 05 de agosto de 1977, foi a segunda realizada durante o governo Geisel e, também, durante a gestão do ministro Paulo de Almeida Machado na pasta da Saúde. O encontro abordou os seguintes tópicos: 'Situação do controle das grandes endemias'; 'Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal relacionados a saúde'; 'Interiorização dos serviços de saúde'; e 'Política Nacional de Saúde' – dando continuidade, em parte, ao que havia sido discutido no encontro anterior (Brasil, 1977).

Essa foi a primeira vez, desde 1937, em que se obedeceu à periodicidade de convocação das conferências, a cada dois anos no máximo, conforme o estabelecido na lei pela qual foram instituídas.

A representação de delegados foi basicamente a mesma dos encontros anteriores, ou seja, órgãos governamentais, sem espaço ainda para a sociedade civil, apesar de, por estes anos, movimentos de residentes e médicos já buscarem articulação com outros movimentos sociais, questionando o regime vigente. Sarah Escorel, Dilene Nascimento e Flávio Edler (2005) destacam que:

A estratégia de distensão política, iniciada pelo governo Geisel possibilitou ao movimento sanitário apresentar propostas transformadoras no sentido de melhorar e democratizar o atendimento à saúde das populações mais carentes. A política de saúde, adotada até então pelos governos militares, punha ênfase numa medicina de cunho individual e assistencialista, em detrimento de ações vigorosas no campo da saúde coletiva. Rejeitavam-se as formulações propostas pelos sanitaristas identificados com o projeto nacional desenvolvimentista, do período anterior ao golpe. (Escorel, Nascimento e Edler, 2005, p.67)

Sobre o movimento sanitário que começa a se articular, mais adiante os autores apontam:

Atuando sob forte pressão do regime autoritário, o movimento sanitário caracterizou-se, gradualmente, como uma força política construída a partir da articulação de uma série de propostas contestatórias ao regime. Para viabilizar suas propostas, criou-se o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), em julho de 1976, a partir de uma sugestão de um grupo de médicos do curso de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), na sua maioria, oriundos dos Departamentos de Medicina Preventiva. Esse organismo teve, em sua revista Saúde em Debate, um veículo divulgador de sua plataforma de lutas e um canal de debates do movimento sanitário. (Escorel, Nascimento e Edler, 2005, p.67)

No Relatório Final da 6ª CNS, no que diz respeito ao Plano Nacional de Saúde, a "articulação dos diferentes órgãos e entidades que executam ações de saúde", eliminando "duplicações e antagonismos" foi considerada imprescindível, juntamente com a "unificação dessas ações, como forma de reforço das estruturas de racionalização no emprego de recursos" (Brasil, 1977, TIV, p.5) – propostas que foram, pela primeira vez, debatidas na Conferência de 1963.

Apesar destas recomendações e de se admitir a dicotomia entre ações preventivas e curativas, 1977 é o ano em que foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), o qual, embora se apresentasse no discurso oficial como um órgão "racionalizador", caracterizou-se pela centralização e exclusão dos segurados. Três institutos integraram o Sinpas: o Inamps, para assistência médica; o INPS, para os benefícios; e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas), para controle financeiro do órgão (Escorel, 2008).

- **7ª Conferência Nacional de Saúde (1980)**

Para Jaime Oliveira e Sonia Fleury Teixeira (1989), a crise do sistema previdenciário, embora tenha suas raízes no próprio modelo de implantação da previdência social no Brasil, apresenta sua grande derrocada entre os anos 1980 e 1982 – durante o mandato do general João Baptista Figueiredo (1979-1985), último presidente militar. Nestes anos, o processo de abertura política se acelera, a oposição ao regime aumenta e as grandes greves na região do ABC paulista repercutem seu impacto em todo país.

Trata-se, por um lado, da eclosão de uma crise estrutural, potenciada por fatores detonadores existentes em uma conjuntura particularmente adversa. Por outro lado, é o momento em que o processo político decisório, mantido cuidadosamente cerrado nas últimas décadas, transborda os limites institucionais, técnicos, acadêmicos e de grupos de interesse restritos, irrompendo-se e desnudando-se frente à opinião pública. (Oliveira e Teixeira, 1989, p.269)

Conforme os autores, as principais características dessa fase podem ser resumidas em quatro pontos: a proposta de soluções de políticas alternativas ao sistema de saúde, na qual se questiona o "modelo de privilegiamento de produtores privados de serviços" que atendiam à medicina previdenciária; movimentos grevistas entre categorias profissionais da saúde e que tomam a população como aliada, uma vez que ambos se consideravam prejudicados pela política governamental; a ampla divulgação da política previdenciária de assistência médica socializa o debate a respeito da dicotomia nas ações de saúde, gerando o posicionamento de grupos a respeito e seu reconhecimento como questão nacional; e a impossibilidade, em tal conjuntura, de propostas mais radicais que viessem a penalizar setores capitalistas diretamente beneficiados (Oliveira e Teixeira, 1989, p.269-279).

Nesse contexto, inspirado nos ideais da Conferência de Alma-Ata (Cazaquistão, 1978)<sup>15</sup>, um grupo de técnicos compostos por representantes do Ministério da Saúde e Ministério da Previdência Social apresentam o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), com o objetivo de reestruturação e ampliação dos serviços, incluindo áreas como saneamento e habitação.

Todavia, no cenário político brasileiro de fins da década de 1970 e início dos anos 1980, o Prev-Saúde não conseguiu ser concretizado. "Recebe críticas e é visto com reservas desde o próprio Inamps, passando pelas entidades representativas dos setores capitalistas da medicina, não encontrando apoio decisivo nem mesmo entre técnicos e profissionais de saúde." (Oliveira e Teixeira, 1989, p.72).

Na edição de 6 de outubro de 1980 do Jornal Folha de São Paulo, o médico sanitário Carlos Gentile de Mello denuncia que a proposta original do Prev-Saúde vinha sofrendo alterações substanciais, em benefício de setores da medicina privada.

A verdade é que o projeto sofreu alterações substanciais precisamente nos seus aspectos básicos. Por exemplo: O Prev-Saúde de agosto estabelecia condições para inclusão dos serviços privados no sistema desde que: a) não tenham fins lucrativos; b) tenham participação comunitária; c) adotem procedimentos semelhantes ao setor público; d) submetam-se aos mecanismos de controle. Procurava-se, com isso, evitar que o doente seja considerado um cheque ao portador. O Prev-Saúde de setembro, sobre o assunto, diz: "Nos níveis secundário e terciário, onde o setor privado é majoritário, o setor público participará em caráter de complementação, em proporção suficiente para o estabelecimento de padrões, treinamento de pessoal, orientação, supervisão e apoio à rede básica." Em outras palavras, nada mudará. O Instituto Fernandes Figueira, do Ministério da Saúde, escola de renome

---

<sup>15</sup> A Conferência de Alma Ata sobre Atenção Primária à Saúde enfatizou a concepção de que saúde é um direito humano fundamental, compreendendo o "estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade". (Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978, p.1).

internacional, continuará funcionando com uma taxa de ocupação de 30%, enquanto os pacientes do Inamps são centralizados para casas de saúde de padrão técnico muito inferior, mas produzindo lucros financeiros. (Mello, 1980, p.3)

A 7ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu entre 24 e 28 de março de 1980, também no Palácio do Itamaraty, local que desde 1975 vinha sediando as conferências.

Atores ausentes nos encontros anteriores conseguiram se fazer presentes, como profissionais de enfermagem, representantes dos sindicatos dos médicos, do clero e parlamentares. Ao todo, foram 400 os participantes, divididos em 16 grupos de debates.

O tema central da Conferência foi 'Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos', dividido nos seguintes subtemas: 'Regionalização e organização de serviços nas unidades federadas'; 'Saneamento e habitação'; 'Desenvolvimento de recursos humanos para os serviços básicos de saúde'; 'Responsabilidade e articulação interinstitucional nos níveis federal, estadual e municipal'; 'Alimentação e nutrição'; 'Saúde mental e doenças crônico-degenerativas'; 'Participação comunitária'; e 'Articulação dos serviços básicos com os serviços especializados no sistema de saúde' (Brasil, 1980, p.3).

O encontro aconteceu durante a gestão de Waldyr Mendes Arcoverde na pasta da Saúde, e contou com a participação do diretor da Organização Mundial de Saúde (OMS), Halfdan Mahler.

A 7ª CNS foi realizada num momento em que o movimento sanitário já havia se articulado em torno de um pensamento e de uma proposta. Em 1979, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) havia se tornado, além de um núcleo de articulação política, um órgão de consultoria. Neste mesmo ano, o Centro apresentou no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados o documento "A Questão da Democracia na Área da Saúde" (Escorel, Nascimento e Edler, 2005).

- **8ª Conferência Nacional de Saúde (1986)**

Após 21 anos de ditadura, o país teria que esperar por mais quatro anos por eleições diretas para presidente. Em 15 de janeiro de 1985, o Colégio Eleitoral elegeu Tancredo Neves o primeiro presidente civil. Tancredo era candidato da Aliança Democrática e disputou o pleito com Paulo Maluf – representante governista pelo Partido Democrático Social (PDS). Com a morte de Tancredo Neves, em abril, o vice José Sarney (político anteriormente envolvido com a ditadura) assumiu o mandato presidencial, governando até 1990.

Nos anos 1980, ao mesmo tempo em que a sociedade brasileira vivencia um processo de redemocratização política, experimenta também uma profunda crise econômica. E a saúde, nesta década, passa a contar com novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população e das propostas governamentais.

Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destaca-se: os profissionais de saúde, representados por suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação da saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor, e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil. (Bravo, 2006, p.8-9)

Em meio às lutas pelo fim do regime militar, um novo projeto para a saúde começou a ser construído. O que se propunha era a ampliação para toda a população do direito à assistência à saúde, a integralidade e a universalidade do cuidado e o financiamento do Estado. A difusão dessas ideias aliava médicos, pesquisadores, estudantes, movimentos sociais e sindicatos e trouxe para o campo das discussões parlamentares uma nova concepção de saúde. "A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária" (Bravo, 2006, p.9).

Nesse processo, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no Ginásio de Esportes de Brasília, entre 17 e 21 de março de 1986, foi um dos marcos principais. Seu temário abordou os tópicos: 'Saúde como direito inerente à cidadania e à personalidade'; 'Reformulação do sistema nacional de saúde'; e 'Financiamento do setor de saúde'. Conforme seus Anais, o encontro foi convocado pelo Decreto nº. 91.466, de 23 de julho de 1985, e pelo Decreto nº 91.874, de 4 de novembro de 1986, enquanto Carlos Santanna era ministro da Saúde, sendo realizado na gestão de Roberto Figueira Santos como titular da pasta. A comissão organizadora foi presidida pelo médico sanitarista, à época presidente da Fundação Oswaldo Cruz, Sergio Arouca, uma das principais lideranças do Movimento pela Reforma Sanitária (Brasil, 1987).

A 8ª CNS contou com mais de quatro mil pessoas, representantes de entidades da sociedade civil, profissionais de saúde e prestadores de serviços de saúde pública. Participaram da Conferência membros da Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), Confederação Nacional das Associações de Moradores (Conam), Central Única dos

Trabalhadores (CUT), Confederação Nacional das Classes Trabalhadoras (Conclat), Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde dos Ambientes de Trabalho (Diesat), Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), Federação Nacional de Médicos (FNM), Confederação Nacional de Trabalhadores na Agricultura (Contag), Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), Associação Médica Brasileira (AMB), Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), dentre outras entidades. A Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Fiesp), ainda que depois viesse a se retirar, também enviou representação para o encontro. A representação governamental, além do presidente da República José Sarney e dos ministros da Saúde, Roberto Figueira Santos, e da Previdência Social, Raphael de Almeida Magalhães, foi composta por integrantes do Ministério do Trabalho e do Instituto de Planejamento Econômico e Social (Ipea) (Brasil, 1987).

Em seu pronunciamento na cerimônia de abertura da 8ª CNS, o ministro da Saúde destacou a proximidade da instalação da Assembleia Constituinte para a elaboração da nova Carta para país: "Aproxima-se a instalação da Assembleia Constituinte, razão a mais e de fundamental importância para a convocação de uma Conferência que diferisse das anteriores em sua composição". A tônica de seu discurso foi a descentralização dos serviços de saúde: "Quero, então, transmitir desta tribuna às Comissões Interinstitucionais do Brasil a seguinte mensagem de fé: REGIONALIZAR JÁ, e o resto virá depois, mais rápida, segura e tranquilamente". Destacamos o esforço de Roberto Figueira Santos em valorizar as ações então em curso do Ministério da Saúde, como a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam)<sup>16</sup> e as Ações Integradas de Saúde (AIS)<sup>17</sup> (Brasil, 1987, p.15-18).

Na fala do ministro da Previdência e Assistência Social, observam-se críticas ao caráter fragmentário e corporativo da previdência e à setorização das ações. Raphael de Almeida Magalhães chamou atenção para a "representatividade sem precedentes" no encontro, os avanços em relação às conferências anteriores, o agravamento da situação de saúde da população, reflexo do modelo econômico das décadas passadas e a importância da participação popular para a conquista da saúde como direito da cidadania e dever do Estado –

---

<sup>16</sup> Resultado da fusão do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), da Campanha de Erradicação da Malária e da Campanha de Erradicação da Varíola. A estrutura herdada possibilitou à Sucam transformar-se no órgão de maior penetração na zona rural, com atuação em todos os estados brasileiros. Informação disponível em <<http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/sucam/>>.

<sup>17</sup> Diante dos problemas enfrentados para a implantação do PREV-SAÚDE, em 1983, foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), que acabou por tornar-se estratégica no processo de descentralização. Informação disponível em <[http://portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/sala\\_de\\_leitura/saude\\_e\\_cidadania/extras/notas.html](http://portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/extras/notas.html)>.

defendendo, para tanto, a reformulação e modernização da previdência social (Brasil, 1987, p.19-24).

Na Previdência Social, tanto quanto a modernização gerencial, teremos de buscar uma modificação profunda nas bases, no seu financiamento, a fim de adequá-las à nova economia. Isso nos permitirá, simultaneamente, a reformulação da política de benefícios, depurando-a de resquícios iníquos que contêm até hoje. (Brasil, 1987, p.24)

A 8ª CNS foi tomada por seus organizadores como uma espécie de 'continuidade' da 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963). Wilson Fadul, ministro da Saúde do governo João Goulart, encerrou a mesa-redonda 'Constituinte e Saúde', lembrando a 3ª CNS.

E, para muitos, por estranha coincidência, estou hoje, aqui, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, a primeira realizada depois que o povo brasileiro retomou nas suas mãos o seu próprio destino e conquistou as suas franquias democráticas. Para mim é como se estes vinte anos não tivessem existido, porque as teses que então foram debatidas, discutidas, aprovadas na 3ª Conferência estão aqui inteiras, sendo debatidas por todos vocês nesta 8ª Conferência Nacional de Saúde. (Brasil, 1987, p.342)

Na conferência 'Democracia é Saúde', Sérgio Arouca, entre outros pontos, retomou o debate de décadas anteriores do "círculo vicioso" entre saúde e pobreza:

[...] em uma pequena cidade no interior do Paraná, durante uma reunião de uma comissão de saúde, um camponês chegou ao microfone e disse o seguinte: "Saúde é a possibilidade de trabalhar e ter acesso à terra".  
Desse modo, a saúde começa a ganhar uma dimensão muito maior do que simplesmente uma questão de hospitais, de medicamentos. Ela se supera e quase significa, num certo instante, o nível e qualidade de vida, algumas vezes qualidade de vida ainda não conseguida, mas sempre desejada.  
Há algum tempo, também, surgiu à tona um conceito do ciclo econômico da doença, muitas vezes criticado, inclusive por mim mesmo. Neste momento, talvez, seja até importante trazê-lo de volta, porque é uma noção que deve ser entendida e pensada com simplicidade. Esse conceito de saúde/doença diz apenas o seguinte: se uma pessoa ganha pouco ela não consegue recuperar toda a energia que está gastando no trabalho, e, portanto, se enfraquece; se alguém mora mal, não consegue que a sua casa seja uma proteção contra agressões do meio ambiente; se não tem acesso à educação, não consegue ter aquele conhecimento que lhe permite controlar a natureza. Tudo isto, finalmente, leva à conclusão de que se uma pessoa não come aquilo que é o mínimo necessário e adequado à reprodução da vida, ela se enfraquece, e, se enfraquecendo, perde a luta contra a agressão e adocece. Adoecendo, não trabalha e nem pode mais vencer todas as lutas que uma sociedade competitiva lhe coloca. Portanto, trabalha menos, fala menos, mora pior, tem água em piores condições, se alimenta pior e adocece mais. (Brasil, 1987, p.36-27)

Na exposição de Sérgio Arouca, 'Democracia é Saúde' porque, para o sanitarista, a redemocratização do país seria condição *sine qua non* para a efetiva melhora das condições de saúde da população, dado o modelo de desenvolvimento adotado pelo regime de exceção

instaurado com o golpe de 1964. E, visando à superação de tal estado de coisas, Arouca termina propondo um "novo pacto", uma "nova aliança", para uma grande reforma sanitária. "Esta deve supor uma reformulação no sistema de saúde, baseada na inserção, na Constituição, de que a saúde é um direito do brasileiro e um dever do Estado." (Brasil, 1987, p.41).

O princípio de que a saúde deveria ser direito de todos e dever do Estado foi aprovado pela plenária da 8ª CNS e posteriormente inscrito na Constituição de 1988. A 8ª Conferência é considerada a pedra fundamental na construção da saúde como direito. A sociedade, com seus diferentes seguimentos, participou da cristalização dessa ideia, a despeito das pressões contrárias de grupos neoliberais. Tais grupos, ligados ao setor da indústria médica e farmacêutica – ausentes no encontro – se organizaram em prol de seus interesses na Plenária da Constituinte. As entidades representantes da medicina privada, por exemplo, se autoexcluíram da conferência, mas não se ausentaram das reuniões na Constituinte.

Conforme podemos observar em matéria publicada na edição de 22 de março de 1986 do jornal Folha de S. Paulo, a reação do setor privado é sintetizada nas críticas do vice-presidente dos sindicatos dos Hospitais do Estado de São Paulo, Chafic Wady Farhat: “A conferência foi um jogo de cartas marcadas. Já tínhamos certeza de que a tese da estatização seria aprovada pelos ‘esquerdinhas’ do Ministério da Saúde e da Previdência Social”.

Para Sara Escorel e Renata Bloch (2005), a 8ª CNS inaugurou, ainda que sem base legal, um processo de participação da sociedade civil nas deliberações sobre a política de saúde, que seria ampliado e regulamentado nas conferências posteriores. Pré-conferências estaduais, com ampla divulgação do temário para a sociedade, antecederam a 8ª CNS e os delegados foram escolhidos pelas instituições, organizações e entidades. Com a 8ª Conferência inaugurou-se a realização sistemática de conferências setoriais. Entre 1986 e 1987, foram realizadas várias conferências nacionais para a discussão de temas específicos como, por exemplo, saúde do consumidor, saúde bucal, saúde e direitos da mulher, recursos humanos para a saúde, saúde indígena, saúde do trabalhador e saúde mental.

- **9ª Conferência Nacional de Saúde (1992)**

Maria Inês Souza Bravo (2006) salienta que a Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988), encarregada de elaborar uma nova Constituição para o país, após de 21 anos ditadura, com relação à saúde:

[...] transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de hospitais (setor privado), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional Constituinte, órgão que passou a congregar cerca de duas centenas de entidades representativas do setor. (Bravo, 2006, p.10)

A mesma autora mostra que, embora não tenha sido possível atender a todas as proposições do movimento sanitário (como, por exemplo, as relacionadas à indústria farmacêutica), a nova Constituição incorporou, nos artigos 196 a 200, grande parte das demandas, instituindo as bases para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ressaltamos que, ainda em 1987, algumas medidas começaram a ser implantadas visando o fortalecimento do setor público, a universalização do atendimento e a descentralização política e administrativa, por meio do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Em 1990, a Lei 8.080, de 19 de setembro, estabeleceu o conjunto de regras para o funcionamento do SUS. Também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, dispendo sobre "as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes". Em seu texto, a Lei 8.080 aprofundou e definiu os princípios e diretrizes que regem este Sistema: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e hierarquização<sup>18</sup>.

Todavia, Bravo (2006) considera que, apesar de representarem conquistas, tais medidas tiveram pouco impacto nas condições de vida da população. Para a autora, houve um retrocesso político durante o governo de transição democrática e uma despolitização do processo, com o afastamento da população da arena política, ocorrendo nos anos 1990 o redirecionamento do Estado em direção a um reajuste à política neoliberal.

Desde então, a política de saúde construída na década de 1980 passou a ser desconstruída, vinculando a saúde ao mercado e às parcerias com "organizações" da sociedade civil. "Com relação ao sistema Único de Saúde (SUS), apesar das declarações oficiais de adesão ao mesmo, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e a omissão do governo federal na regulamentação e na fiscalização das ações de saúde em geral." (Bravo, 2006, p.14).

A 9ª CNS deveria ser realizada em 1990, mas só ocorreu em 1992, entre os dias 09 e 14 de agosto, após vários adiamentos, durante o governo Fernando Collor de Mello (1990-1992). Foi presidida pelo ministro da Saúde Adib Jatene que, ao tomar posse, comprometeu-

---

<sup>18</sup> A esse respeito, ver Gustavo Correa Matta (2010).

se com sua realização. Houve, por parte do governo, a tentativa, sem êxito, de se retomar o caráter técnico do encontro.

Seguindo a dinâmica estabelecida na 8ª CNS, a 9ª Conferência foi precedida por debates e eleições de delegados municipais e reuniões em associações, sindicatos, entidades, igrejas, serviços, prestadores e profissionais de saúde, versando sobre o tema 'Saúde: Municipalização é o Caminho', tendo como foco a 'Saúde como qualidade de vida'. O temário desdobrou-se nos tópicos: 'Sociedade, governo e saúde'; 'Seguridade social'; 'Implementação do SUS'; e 'Controle social'. Buscava-se, deste modo, a reafirmação dos acordos firmados durante a 8ª CNS e consagrados na Constituição de 1988. (Brasil, 1993; Sayd, Vieira Jr. e Velandia, 1998).

Num contexto de crise ética, econômica e política do governo Fernando Collor (1990-1992), em que uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) investigava denúncias de corrupção contra o primeiro presidente eleito pelo voto direto após o fim da ditadura, o encontro configurou-se também em mais uma instância de repúdio à administração Collor, como expresso na *Carta da IX Conferência Nacional de Saúde à Sociedade Brasileira*:

#### EM DEFESA DA VIDA E DA ÉTICA: FORA COLLOR

O governo Collor levou o Brasil a uma tragédia sanitária jamais assistida.

A nova Constituição Brasileira assegura o direito à saúde e prevê a criação de um sistema democrático e comprometido com as necessidades da população. Apesar disso, esse governo violentou todos esses princípios e intensificou um período de desrespeito à ÉTICA, à moral e ao interesse público sem precedentes. Esse quadro dramático se agrava com efeitos de uma política econômica recessiva e privatizante que concentra renda, marginaliza e exclui milhões de pessoas, características do modelo neoliberal.

[...]

O povo brasileiro vive a penúria de um modelo econômico que marginaliza e discrimina a maioria. Este modelo econômico aumenta a miséria e determina uma perspectiva de vida pequena. Por isso, a luta pela Seguridade Social e pelo Sistema Único de Saúde é um ato em legítima defesa daqueles que nada têm, mas que representam a dignidade de quem exige democracia e justiça.

[...]

Conclamamos todas as forças democráticas do País a se mobilizarem pelo fim do Governo Collor e a efetiva punição dos responsáveis pelo roubo nos cofres públicos. O trabalho da CPI conta com nosso apoio e o Congresso Nacional precisa estar à altura de suas responsabilidades e aprovar o "impeachment".

[...]

O Brasil precisa de nós. Que o movimento social redobre o trabalho que já vem fazendo, contra a corrupção e contra a política econômica e exija nas ruas o FORA COLLOR JÁ. (Brasil, 1993, p.15)

- **10ª Conferência Nacional de Saúde (1996)**

A 10ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu entre 02 e 06 de setembro de 1996, em Brasília, durante o primeiro governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-1998), também com Adib Jatene como titular da pasta da Saúde.

Seu temário versou sobre os assuntos: 'Saúde, cidadania e políticas públicas'; 'Gestão e organização dos serviços de saúde'; 'Controle social na saúde'; 'Financiamento da saúde'; 'Recursos humanos para a saúde'; e 'Atenção integral à saúde'.

Na 10ª Conferência os mecanismos de participação já estavam consolidados. O encontro contou com a participação de 1.260 delegados, 351 convidados e 1.341 observadores. No relatório final, o ministro Adib Jatene destacou:

A 10ª Conferência, que outra vez coincidiu com minha presença no Ministério, já se apresentou com mecanismos de participação consolidados. Sua realização foi precedida por 27 Conferências Estaduais e mais de 3.000 Conferências Municipais que analisaram em profundidade o que estava ocorrendo no setor, tendo sido extraordinariamente rica nas análises e proposições. Acredito que está sendo criada uma estrutura suficientemente sólida e participante capaz de garantir que os objetivos de longo prazo – que vêm sendo traçados a partir da Constituição de 1988 – sejam preservados e capaz, também, de fazer valer a vontade de todo o setor saúde que busca garantir e preservar o acesso ao atendimento, especialmente à população de baixa renda. (Brasil, 1998, p.9)

O assunto de maior repercussão foi a construção de um modelo de atenção à saúde. Houve desavenças entre participantes e grupos técnicos do Ministério da Saúde, em relação à Norma Operacional Básica (NOB) nº 1/06, de 1996 – por considerarem que não havia sido negociada previamente por instâncias colegiadas e de representação social. Esta norma operacional tinha por finalidade principal a consolidação dos municípios e do Distrito Federal como plenos gestores da atenção à saúde e a redefinição das responsabilidades dos estados, do Distrito Federal e da União na consolidação dos princípios do SUS (Escorel e Bloch, 2005).

Em consequência, no dia 05 de novembro, foi publicada a Portaria nº 2.203, na qual o Ministério da Saúde, baseando-se nas recomendações plenárias da 10ª CNS, se propôs a aperfeiçoar a Norma Operacional Básica 1/96 do Sistema Único de Saúde. Foram definidas as funções em cada nível de governo e os instrumentos gerenciais para que municípios e estados conseguissem superar o papel de prestadores de serviço, assumindo a gestão do SUS na esfera respectiva. Também buscou-se equacionar mecanismos e fluxos de financiamento, para reduzir progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliar as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas. Além disso, a NOB 1/96 aperfeiçoou a prática do acompanhamento,

controle e avaliação do SUS, visando superar os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos. Para tanto, os parâmetros adotados foram a valorização dos resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade e vínculos de serviços com os usuários, ao privilegiar os núcleos familiares e comunitários.

Escorel e Bloch (2005) avaliam que a 10ª CNS – ao contrário da 8ª CNS, que foi propositiva em relação ao modelo de sistema a ser implementado, e da 9ª CNS, que cobrou a implantação do SUS, a descentralização e a municipalização da saúde – foi marcada pela necessidade de avaliação do sistema implantado e pela busca de seu aprimoramento. Especial ênfase foi dada aos mecanismos de financiamento, considerados como um dos principais problemas para a consolidação e fortalecimento do SUS em todo o Brasil.

A 10ª CNS foi realizada num momento em que o SUS atravessava gravíssima restrição orçamentária, dificultando a melhoria de atendimento que havia sido prometida no novo sistema. O ministro da saúde, Adib Jatene, concentrava suas propostas na criação de um imposto específico para a área da saúde, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Os titulares da área econômica e de outros ministérios do governo federal não estiveram presentes. (Escorel e Bloch, 2005, p.104)

Há de se levar em conta a conjuntura político-econômica em que ocorreu a 10ª CNS. Os anos do governo Fernando Henrique Cardoso foram marcados por esforços para ampliar efetivamente a política neoliberal no Brasil. Seu mandato pautou-se pela privatização de várias empresas estatais e a continuidade da abertura ao capital externo.

Para Sonia Draibe (2009), no campo das políticas sociais, o governo FHC acompanhou as transformações do capitalismo e as fortes e crescentes pressões que incidiram sobre os sistemas de proteção social. Em síntese, a proposta governamental neste campo foi delimitada aos grupos considerados 'vulneráveis', sendo o núcleo da política social do período constituído por três eixos: serviços sociais básicos de vocação universal e responsabilidade pública; programas básicos; e o programa de enfrentamento à pobreza.

Na avaliação da autora, os primeiros programas da gestão FHC, como as políticas de previdência social, saúde, educação, habitação e saneamento básico, trabalho e assistência social, ocupam posição duplamente decisiva:

[...] constituem um dos eixos centrais da política e, ao mesmo tempo, a sua reestruturação é apontada como condição necessária da estratégia global. Ou seja, a estratégia de desenvolvimento social repousaria, entre outras condições e desafios, na efetiva universalização dos serviços públicos, na melhora da eficácia e da

qualidade dos mesmos, no aumento do seu impacto redistributivo, daí a necessidade de sua reestruturação, segundo as diretrizes de descentralização, da elevação da participação social e das parcerias entre os níveis da federação e com a sociedade civil. (Draibe, 2009, p.73)

Ainda que otimista em sua análise, Draibe (2009) reconhece as preferências do governo federal pelo setor privado e Organizações Não-Governamentais (ONGs) para condução das ações relacionadas às políticas sociais, incluindo a saúde. Todavia, para Maria Inês Souza Bravo (2006), tal orientação caminhará na contramão da proposta do SUS, ao basear-se em um modelo adotado pelo Estado que consistiria, basicamente, em garantir um mínimo aos que não podem pagar (populações ‘vulneráveis’), ficando reservado ao setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado.

- **11ª Conferência Nacional de Saúde (2000)**

A 11ª Conferência Nacional de Saúde teve como tema central 'Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social'. O temário foi subdividido nos pontos: ‘Controle social’; ‘Financiamento da atenção à saúde no Brasil’; ‘Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social’; ‘Recursos humanos, incluindo uma política nacional de recursos humanos para o SUS’; e ‘Políticas de informação, educação e comunicação no SUS’. Participaram da Conferência 2.500 delegados, distribuídos em 180 grupos de trabalho, que apresentaram o total de 296 proposições relativas aos subtemas (Brasil, 2001).

O encontro ocorreu entre 15 e 19 de dezembro de 2000, na Academia de Tênis de Brasília, durante o segundo governo de Fernando Henrique Cardoso (1999 a 2002), tendo como ministro da Saúde José Serra, ex-presidente da Comissão de Assuntos Econômicos do Senado. A agenda da reforma do Estado, então em andamento, foi abordada pelo governo como uma experiência ainda em aberto, mas que obtinha larga aceitação internacional.

O relatório final da conferência teceu críticas à política de privatizações e à ideia de Estado mínimo, representado pelo Programa Nacional de Desestatização, e às soluções alternativas ao direito público, fundações de apoio (entidades conveniadas), cooperativas de profissionais e organizações sociais propostas pelo governo.

- **12ª Conferência Nacional de Saúde (2003)**

Programada para acontecer em 2004, a 12ª Conferência Nacional de Saúde foi antecipada e realizada entre os dias 07 e 11 de dezembro de 2003, durante o primeiro mandato

presidencial de Luís Inácio Lula da Silva (2003-2007), tendo como titular da pasta da Saúde Humberto Costa. Chamada de Conferência Sergio Arouca<sup>19</sup>, foi antecipada por decisão do Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em função dos 15 anos do SUS. O tema escolhido para o encontro foi: ‘Saúde: um direito de todos e dever do Estado – a saúde que temos, o SUS que queremos’. Reunindo mais de quatro mil participantes – entre gestores dos governos federal, estaduais e municipais, usuários do SUS, profissionais de saúde, prestadores de serviços de saúde, representantes do Ministério Público, parlamentares, técnicos e especialistas – a 12ª CNS se propunha a celebrar o controle social em saúde e a formular estratégias e diretrizes direcionadas à melhoria das condições de vida da população (Brasil, 2004).

O temário foi composto pelos subtemas: ‘Direito à saúde’; ‘A seguridade social e a saúde’; ‘Intersetorialidade das ações de saúde’; ‘As três esferas de governo e a construção do SUS’; ‘Organização da atenção à saúde’; ‘Controle social e gestão participativa’; ‘O trabalho na saúde’; ‘Ciência e tecnologia em saúde’; ‘Financiamento da saúde’; e ‘Comunicação e informação em saúde’. A 12ª CNS foi precedida por 3.100 conferências municipais e 27 estaduais e contou com 135 grupos de trabalho (Brasil, 2004; Brasil, 2009). O que foi comemorado pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde:

O processo democrático e participativo das etapas que precederam a 12ª Conferência e o fortalecimento dos Conselhos e Conferências de Saúde nos estados e municípios conferiram qualidade e legitimidade na representação dos delegados de todos os segmentos. Todo o processo que precedeu a 12ª [CNS] envolveu cerca de 100 mil pessoas, o que imprime e determina a força deste relatório. (Brasil, 2004, p.15)

Muito embora, no relatório final, o Plenário do Conselho de Saúde admita não ter sido a Conferência feita só de flores:

O complexo processo de organização da 12ª Conferência, proporcional à atual amplitude do controle social em saúde do país; o grande leque de abordagens; o compromisso e a maturidade dos delegados que levou ao aprofundamento das discussões; os temas polêmicos e posições divergentes, peculiares ao debate plural e democrático; a limitação temporal que não permitiu esgotar todas as questões levantadas, dentre outros fatores, impuseram dificuldades para a conclusão de todas as votações pelo Plenário da Conferência. (Brasil, 2004, p.15).

---

<sup>19</sup> Uma homenagem ao sanitarista, que defendeu na Plenária Constituinte a emenda que tornou a saúde direito da cidadania e ex-secretário de gestão participativa do Ministério da Saúde, falecido em agosto de 2003.

Com o governo Lula, havia uma expectativa de que o projeto da Reforma Sanitária fosse fortalecido e tais anseios, enquanto discurso, ecoam na apresentação do relatório final da 12ª CNS. Sob o título "Aqui é permitido sonhar", o ministro da Saúde Humberto Costa, defendeu: "O Sistema Único de Saúde é uma conquista da sociedade brasileira. Ele é fruto da luta por um sistema de saúde que atenda a toda a população, sem nenhum tipo de discriminação. Hoje, o SUS é a maior política de inclusão social existente no País." (Brasil, 2004, p.13).

Todavia, para Maria Inês Souza Bravo (2006, p.16), mesmo apresentando algumas mudanças em relação ao projeto de saúde articulado ao mercado, hegemônico durante os anos 1990, a política de saúde do governo Lula apresentou também continuidades, o que resultou numa "polarização entre dois projetos": ampliação da seguridade social X setorização.

A análise que se faz do governo Lula é que a política macroeconômica do antigo governo foi mantida e as políticas sociais estão fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. Nessa setorização, a concepção de seguridade social não foi valorizada, mantendo a segmentação das três políticas: saúde, assistência social e previdência social. (Bravo, 2006, p.15)

Entre as mudanças identificadas pela autora, ela ressalta: o retorno da concepção de reforma sanitária, porém com profissionais comprometidos com tal movimento ocupando o segundo escalão do Ministério da Saúde; a convocação extraordinária da 12ª CNS; a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde, com vistas à formação de recursos humanos para o SUS; a implementação da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), unificando ações de atenção básica, ambulatorial e hospitalar (integrando as atribuições das extintas secretarias de Política de Saúde e de Assistência à Saúde); e a criação da Secretaria de Gestão Participativa, com o intuito de fortalecer o controle social, organizar as conferências de saúde e estabelecer a comunicação do Ministério da Saúde com outros níveis do governo e da sociedade.

Sobre 12ª CNS, Bravo (2006) argumenta, ainda, que – a despeito das expectativas de que esta fosse um marco em relação às conferências anteriores e tivesse a mesma importância da 8ª CNS – não houve ampliação do número de participantes e divergências relacionadas à concepção de seguridade social fizeram com que o relatório final não conseguisse ser aprovado durante o encontro. A solução encontrada foi enviá-lo, posteriormente, aos delegados, para que votassem individualmente as propostas.

Em relação aos aspectos de continuidade em relação aos anos FHC que o governo Lula apresentou, no campo da saúde, Bravo (2006, p.18) ressalta a ênfase no que chama de

"focalização<sup>20</sup>", na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e na "falta de vontade para viabilizar a concepção de Seguridade Social".

- **13ª Conferência Nacional de Saúde (2007)**

A 13ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu em Brasília, entre os dias 14 e 18 de novembro de 2007, durante o segundo mandato de Lula na Presidência da República (2007-2010). Teve como tema central 'Saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento', desdobrado nos seguintes eixos: 'Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento'; 'Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida – o SUS na seguridade social e o pacto pela saúde'; e 'Participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde' (Brasil, 2008).

Coordenada pelo presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Francisco Batista Júnior, a 13ª CNS foi considerada o "encontro de paradoxos", conforme publicação de janeiro de 2008 da Revista Radis, devido à polêmica em torno de assuntos tais como as fundações públicas de direito privado e o aborto enquanto questão de saúde pública. Ressalte-se que o secretário-geral do encontro foi o representante da Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), Clóvis Bouffleur.

A 13ª CNS contou com mais de 4.700 participantes, dos quais 2.616 delegados com direito a voto. Em número de participantes, foi a maior já realizada. A composição dos delegados obedeceu a critérios de região e segmento, sendo que 80% destes participaram pela primeira vez de uma Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 2009). À frente da pasta da Saúde estava José Gomes Temporão, que admitiu:

Apesar de sua caminhada vitoriosa rumo aos 20 anos de existência, o SUS apresenta desafios, vinculados à gestão dos recursos humanos, à melhoria na qualidade da atenção e do acesso à saúde, ao aprimoramento dos mecanismos de controle, à ampliação do aporte de recursos financeiros e à utilização dos mesmos de maneira eficiente, entre outros. (Brasil, 2008, p.8)

- **14ª Conferência Nacional de Saúde (2011)**

A 14ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu entre 30 de novembro e 04 de dezembro de 2011, no Centro de Convenções Ulysses Guimarães, também em Brasília. Teve como tema 'Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo

---

<sup>20</sup> Como exemplo, Bravo (2006) cita a centralidade do programa Saúde da Família, não considerado pela autora enquanto estratégia de reorganização da Atenção Básica, mas como um programa de extensão da cobertura para populações pobres, em detrimento dos princípios do SUS de universalidade e integralidade.

Brasileiro'. Contou com cerca de quatro mil participantes, entre delegados e convidados (gestores, trabalhadores da saúde, prestadores de serviço e usuários do SUS). Seu regimento previa a participação de 3.212 delegados, distribuídos por estado e setor (Brasil, 2012).

No cômputo final, aprovaram-se 15 diretrizes que, em tese, devem embasar a formulação das políticas de saúde no quadriênio 2012-2015, expressas nos tópicos:

- 'Em defesa do SUS – Pelo direito à Seguridade Social';
- 'Gestão participativa e controle social sobre o Estado: ampliar e consolidar o modelo democrático de governo do SUS';
- 'Vinte anos de subfinanciamento: lutar pelo recurso necessário para o SUS';
- 'O Sistema Único de Saúde é Único, mas as políticas governamentais não o são: garantir gestão unificada e coerente do SUS com base na construção de redes integradas e regionais de saúde';
- 'Gestão pública para a saúde pública';
- 'Por uma política nacional que valorize os trabalhadores de saúde';
- 'Em defesa da vida: assegurar acesso e atenção integral mediante expansão, qualificação e humanização da rede de serviços';
- 'Ampliar e fortalecer a rede de atenção básica (primária): todas as famílias, todas as pessoas, devem ter assegurado o direito a uma equipe de saúde da família';
- 'Por uma sociedade em defesa da vida e da sustentabilidade do planeta: ampliar e fortalecer políticas sociais, projetos intersetoriais e a consolidação da vigilância e da promoção à saúde';
- 'Ampliar e qualificar a atenção especializada, de urgência e hospitalar integradas às redes de atenção integral';
- 'Por um sistema que respeite diferenças e necessidades específicas de regiões e populações vulneráveis';
- 'Construir política de informação e comunicação que assegure gestão participativa e eficaz do SUS';
- 'Consolidar e ampliar as políticas e estratégias para a saúde mental, deficiência e dependência química';
- 'Integrar e ampliar políticas e estratégias para assegurar atenção e vigilância à saúde do trabalhador';
- 'Ressarcimento ao SUS pelo atendimento a clientes de planos de saúde privados, tendo o cartão SUS como estratégia para sua efetivação, e proibir o uso exclusivo de leitos públicos por esses(as) usuários(as)'.

A 14ª CNS foi realizada no final do primeiro ano do mandato da presidente Dilma Rousseff, sob a gestão de Alexandre Padilha no Ministério da Saúde. Em termos de conjuntura interna, o clima era de otimismo, dado o índice de aprovação do governo em 71%, o maior índice desde a redemocratização do país (Lima, 2011) – apesar dos reflexos de uma crise econômica mundial e da adoção de medidas ortodoxas, com metas de redução de gastos e elevação do superávit primário para conter a inflação, combinadas a medidas de redistribuição de renda.

Questões como o financiamento e o modelo de gestão continuaram presentes no temário da conferência, agora somados às preocupações com o fortalecimento da atenção básica. A 14ª CNS foi marcada por protestos pela regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 (de 13 de setembro de 2000), a qual dispõe sobre o piso mínimo orçamentário a ser investido em saúde, estabelecido em 12% para os estados e o Distrito Federal, sendo que para os municípios o percentual se eleva a 15%. "Se nós conseguirmos os recursos mas não mudarmos a lógica do financiamento, da gestão, não criarmos uma carreira de profissionais do SUS, o financiamento não vai resolver. O equívoco, na base, se não for corrigido, não viabiliza o sistema", destacou o secretário-geral da Conferência, Francisco Batista Júnior, conforme publicado no Informe Ensp de 1º de dezembro de 2011.

Registre-se que a Lei Complementar 141, que regulamenta o parágrafo 3º do artigo 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde e estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas do governo, foi promulgada em 13 de janeiro de 2012, no ano seguinte à 14ª Conferência, passados 24 anos da sua previsão na Carta Magna.

### **1.3 Em busca de uma síntese**

Ao longo da história das Conferências Nacionais de Saúde, de 1941 a 2011, alguns pontos devem ser destacados. Em primeiro lugar, é importante entender que tais encontros foram instituídos durante o primeiro governo Vargas, no bojo de um projeto político-institucional centralizador-intervencionista. Em tal conjuntura, as conferências objetivavam propiciar ao governo federal subsídios e instrumentos para a centralização das ações estaduais

de saúde e a regulação do fluxo financeiro do setor, sendo integradas essencialmente por administradores e técnicos do governo federal.

De maneira sucinta, abordamos as propostas da 3ª Conferência Nacional de Saúde, que, às vésperas do golpe de 1964, pela primeira vez pôs em pauta a importância de uma reforma, não poupando críticas ao aparato institucional do Ministério da Saúde. A 3ª CNS representou um marco na mudança de orientação do pensamento sanitário e na elaboração de políticas públicas para o setor saúde, ao defender a tese da municipalização e ao propor a elaboração de um Plano Nacional de Saúde o qual, igualmente, de forma inédita, procurava prefixar as atribuições de cada uma das diferentes esferas: municípios, estados e União.

Em segundo lugar, é importante pontuarmos que, embora as diretrizes aprovadas pela 3ª CNS tenham sido interrompidas com o golpe civil-militar de 1964, alguns pressupostos permaneceram, seja a questão do planejamento em saúde, refletida na concepção de um Plano Nacional de Saúde; seja o combate às endemias e, até mesmo, a necessidade da interiorização dos serviços. Entretanto, tais pressupostos se encontravam sob o crivo do discurso racionalizador do Estado autoritário pós-1964.

O processo de conformação e legitimação das Conferências Nacionais de Saúde ocorreu no interior de molduras institucionais distintas, enfrentando questões políticas nacionais por vezes antagônicas. Hoje, tais encontros constituem-se em fóruns de participação democrática, destinados a analisar avanços e retrocessos do SUS e a propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde.

Ao consagrar o princípio da participação social como forma de afirmação da democracia, a Constituição de 1988 fez proliferar as conferências nacionais enquanto instâncias e arenas públicas de encontro entre a sociedade e o Estado. Atualmente, constituem-se em fóruns com poder deliberativo na avaliação e na proposição de diretrizes para a formulação das políticas públicas de saúde, cabendo aos Conselhos de Saúde e, em última instância, ao Ministério Público, exercer o controle social sobre a execução das políticas (Brasil, 2013).

Todavia, o que se percebe no decorrer do processo, assim como no histórico de suas conquistas, é um perfil não linear, marcado por avanços e retrocessos, sendo que até os dias atuais a questão da saúde como direito da cidadania e dever do Estado e suas formas de financiamento são alvo de extensos debates.

No próximo capítulo, nos dedicaremos a ampliar as observações sobre as ações na área da saúde no governo João Goulart, bem como a reconstruir os principais aspectos conjunturais que compõe o cenário em que a 3ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada.

## **Capítulo 2**

### **A Saúde no governo João Goulart**

## 2.1 Tempos de crise

*[...] como consequência da falta de coordenação no planejamento global da assistência médico-sanitária, existe carência de meios, seja quanto a pessoal técnico, seja quanto a equipamento, agravada pela sua má distribuição, com excessiva concentração em certas áreas em detrimento de outras.*

*A unificação dos serviços médico-sanitários, nas atuais condições administrativas brasileiras, é problema que tem desafiado a capacidade dos mais experimentados técnicos, tais as questões suscitadas.*

*Por isso mesmo, tem-se recomendado a integração gradativa e sistematizada, em âmbito setorial e com aproveitamento de entidades já existentes, nos termos da tradição do sistema de comunidade. Enquanto não for possível essa unificação, prevalecerá o ponto de vista de que se deve promover a coordenação de todos os serviços, entrosando-se as 'suas' atividades.*  
(Goulart, 1964, p.189)

Na mensagem presidencial remetida ao Congresso Nacional na abertura da sessão legislativa de 1964, em 15 de março – às vésperas do golpe civil-militar que poria fim ao seu governo e à experiência democrática iniciada em 1945 – João Goulart (1961-1964) explicita duas questões que serão centrais quanto às diretrizes para a saúde no período: o planejamento das ações, ou planificação (a exemplo do que se procurava estabelecer para a economia, administração pública, e as chamadas áreas setoriais, nas quais se incluíam a saúde e a educação), e a unificação dos serviços médico-sanitários. Na visão do governo, tais medidas resultariam no aumento dos recursos assistenciais nas regiões menos desenvolvidas.

Nosso objetivo neste capítulo é fornecer ao leitor uma visão geral da conjuntura político-econômica em que se realizou a 3ª Conferência Nacional de Saúde. Durante esses anos, a saúde no Brasil esteve intrinsecamente relacionada ao debate sobre o desenvolvimento do país e deve ser compreendida levando-se em consideração os problemas então colocados de uma economia capitalista ‘dependente’ e do crescimento da presença do capital estrangeiro – temas recorrentes em vários momentos do período compreendido entre 1945 e 1964, e que se farão presentes não só na área econômica, mas também nas questões relativas às políticas sociais, como veremos.

De acordo com Fleury e Ouverney (2008), um sistema de saúde refere-se ao conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais que se concretizam em organizações, regras e serviços, responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma população.

Com base em Levcovitz (2003), Jamilson Paim e Carmem Teixeira (2006, p.74) entendem como política de saúde a resposta social, seja a ação ou a omissão, de uma organização, em nosso caso, o Estado, “diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente”.

Política de saúde abrange questões relativas ao *poder* em saúde (*Politics*), bem como as que se referem ao estabelecimento de *diretrizes, planos e programas* de saúde (*Policy*). Assim, a palavra *política* na língua portuguesa expressa tanto as dimensões do poder quanto as diretrizes. (Paim e Teixeira, 2006, p.74. Grifos dos autores).

Os esforços para a industrialização do Brasil quase sempre se chocaram com os interesses do capital estrangeiro, mais precisamente com interesses da Inglaterra e dos Estados Unidos. Para René Dreifuss (1987), após a Segunda Guerra Mundial, o peso econômico dos interesses multinacionais na economia nacional tornou-se um fator central na política brasileira. A partir de meados da década de 1950, os interesses multinacionais e associados cresceram e se fortaleceram rapidamente, tornando-se força dominante no início dos anos 1960.

As novas formas de capitalismo, que se realizavam a nível global através de uma articulação complexa e contraditória com as várias formações sociais nacionais, tiveram como expressão organizacional básica as corporações multinacionais. O capitalismo brasileiro, tardio e dependente, viria a ser tanto transnacional quanto oligopolista e subordinado aos centros de expansão capitalista. (Dreifuss, 1987, p.49)

A administração do governo Juscelino Kubistchek (1956-1961) implementou uma política de desenvolvimento que resultou em uma mudança radical no modelo de acumulação, reforçando um padrão de desenvolvimento associado, com a realização do Plano de Metas<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> A política econômica do governo JK foi definida no Programa de Metas, com 31 objetivos divididos em seis grandes grupos: energia (metas 1 a 5: energia elétrica, nuclear, carvão, produção e refinação de petróleo); transportes (metas 6 a 12: reequipamento de estradas de ferro, pavimentação e construção de estradas de rodagem, portos e barragens, marinha mercante, transportes aéreos); alimentação (metas 13 a 18: trigo, armazéns e silos, frigoríficos, matadouros, mecanização da agricultura e fertilização); indústrias de base (metas 19 a 29: aço, alumínio, metais não ferrosos, cimento, álcalis, papel e celulose, borracha, exportação de ferro, indústria de veículos motorizados, indústria de construção naval, maquinaria pesada e equipamento elétrico); educação (meta 30); e a meta 31, a construção de Brasília (considerada meta-síntese). Note-se que a saúde não foi incluída como

Para alcançar os objetivos propostos, o governo JK assumiu abertamente a necessidade de atrair capitais estrangeiros, concedendo-lhes facilidades em sua entrada no país, utilizando amplamente da Instrução 113 da Superintendência da Moeda e do Crédito (Sumoc), instituída durante o governo Café Filho (1954-1955). Essa instrução permitia a entrada em larga escala do capital estrangeiro no país, com isenção de cobertura cambial e de impostos sobre máquinas e equipamentos (Moniz Bandeira, 2010).

Quando João Goulart assumiu a Presidência da República, deparou-se com uma grave situação, acentuada no decorrer de seu governo. Em fins de 1962, o déficit do Tesouro Nacional chegava a 280 bilhões de cruzeiros, de acordo com Moniz Bandeira (2010), o valor representava quase 60% da arrecadação tributária. Em dezembro do mesmo ano, a inflação aumentou o nível geral de preços em mais de 8% e as emissões de papel-moeda atingiram o patamar de 90 bilhões de cruzeiros. “Só os serviços da dívida externa e da remessa de lucros para o exterior, da ordem de US\$ 596 milhões em 1962, consumiram praticamente o valor total dos recursos obtidos com as exportações daquele ano para os Estados Unidos.” (Moniz Bandeira, 2010, p.207).

A crise foi agravada com o bloqueio de créditos externos imposto pelo governo dos Estados Unidos, a fim de barrar as medidas de caráter nacionalista. Durante o período, as empresas norte-americanas não só tiraram mais dólares do Brasil do que investiram como também se apossaram de uma porcentagem cada vez maior da economia.

Em setembro de 1962, o Congresso aprovou a Lei nº 4.131, que limitava a remessa anual de lucros para as matrizes no exterior a 10% dos investimentos líquidos registrados. Essa lei visava restringir o envio desenfreado de dólares ao exterior e preservar os interesses nacionais, medida que foi adotada pelo governo Goulart, contrariando os interesses do capital multinacional.

O dispositivo legal também estabelecia novos regulamentos, que exigiam que todo o capital estrangeiro que entrasse no país fosse registrado na Sumoc. Goulart tentou ainda conseguir o monopólio estatal do petróleo e desapropriar as cinco refinarias privadas no Brasil, assim como rever as concessões de mineração dadas a multinacionais. Como retaliação, os Estados Unidos suspenderam todos os recursos da Aliança para o Progresso<sup>22</sup>

---

item específico no programa de governo. A melhoria das condições de saúde seria algo conquistado com o progresso, o desenvolvimento e a modernização, tidas como consequências da industrialização (Silva, 2000).

<sup>22</sup> Em 1961, durante o governo Jânio Quadros, o governo norte-americano lançou a Aliança para o Progresso, um plano de reformas que envolvia a promessa de envio de 20 bilhões de dólares para a América Latina ao longo de dez anos. Em contrapartida, os países latino-americanos comprometeram-se na execução e realização de

que pudessem financiar o déficit do balanço de pagamento do Brasil. A embaixada norte-americana passou então a firmar acordos diretos com governos de estados ou prefeituras que se opunham à administração João Goulart, a exemplo dos empréstimos concedidos ao Estado da Guanabara, governado por Carlos Lacerda (1960-1965).

As diretrizes para uma Política Nacional de Saúde, discutidas durante a 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 1963, fundamentaram-se nas recomendações aprovadas no 15º Congresso Brasileiro de Higiene e no *Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social*, elaborado por Celso Furtado. Embora não tenha sido parte do temário oficial da Conferência, a questão da indústria farmacêutica, identificada com a desnacionalização da indústria brasileira e a crescente elevação dos preços dos remédios, foi um dos pontos de destaque no encontro, na mesma linha das discussões apresentadas no 15º Congresso Brasileiro de Higiene, promovido pela Sociedade Brasileira de Higiene (SBH), entre 09 e 15 de dezembro de 1962, exatamente um ano antes da realização da 3ª CNS.

O estudo apresentado por Thereza Palacios no 15º Congresso da SBH é emblemático das discussões que marcam o período:

A indústria de medicamentos no Brasil de hoje, é parte do complexo industrial inserido numa totalidade econômica desintegrada. Acreditamos, que assim, isto é, como parte de um todo, deve ser considerado o problema da Indústria Farmacêutica entre nós, país subdesenvolvido. (Sociedade Brasileira de Higiene, 1962, fls. 1 e 3)

João Belchior Marques Goulart – ou Jango, como era também chamado por amigos e adversários – tomou posse em 07 de setembro de 1961, sob a tutela de um regime parlamentarista que limitava os seus poderes enquanto chefe do Executivo nacional, num contexto de crise econômica, grande ebulição política, inflação, crescentes reivindicações sociais e tensão militar. Além do que, assombrado pelo 'fantasma do comunismo', ou o de uma 'república sindicalista' – fantasmas estes fomentados, sobretudo, por empresários multinacionais e associados ao capital estrangeiro e pelo governo dos Estados Unidos e organismos financiados pelos serviços de inteligência deste país, como a CIA.

Quando o presidente Jânio Quadros (janeiro a agosto de 1961) renunciou, Jango estava em visita protocolar à China. Em terras brasileiras, desenrolou-se uma crise: Goulart,

---

reformas e na abertura de suas economias para o livre comércio. A aliança foi aprovada em uma reunião dos países latino-americanos em Punta del Este, no Uruguai. A delegação cubana, chefiada por Che Guevara, não assinou a carta (Fausto, 2001).

"presumível herdeiro de Vargas"<sup>23</sup>, deveria ou não ocupar a Presidência? Mas a Constituição era clara, era o vice-presidente quem deveria assumir o cargo, situação que preocupava as elites mais conservadoras e os interesses estrangeiros. O Congresso negou-se a vetar a posse de Jango e propôs a criação de um sistema parlamentarista (Skidmore, 1982, p.251).

Goulart recebeu do Congresso um poder "mutilado", nas palavras de Moniz Bandeira (2010, p.145), "enfraquecido, quando a situação do Brasil exigia um governo forte, centralizado, para efetuar as mudanças que o desenvolvimento reclamava". Frente aos problemas e à opinião, tanto do centro quanto da esquerda, de que o país necessitava de um Executivo com mais poderes, a experiência parlamentarista, que deveria durar até 1965, foi interrompida em 06 de janeiro de 1963, quando o povo decidiu, por plebiscito, o retorno ao presidencialismo.

Cerca de dois meses antes, Goulart havia encarregado o economista chefe da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (Sudene)<sup>24</sup>, Celso Furtado – que se tornaria o primeiro ministro do Planejamento – e sua equipe de preparar um plano para o desenvolvimento econômico nacional, associado a reformas sociais. Em 30 de dezembro de 1962, foi apresentado à nação o *Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social*, o qual deveria balizar as ações governamentais no triênio de 1963 a 1965.

Era um ataque em frentes múltiplas, com a elevação do nível de vida dos grupos de renda mais baixa, a reformulação das estruturas ultrapassadas, em especial a agrária, a fim de reduzir as desigualdades regionais, a reforma da máquina administrativa, a fim de que ela desempenhasse suas novas funções de planejadora do desenvolvimento, o fortalecimento do investimento na educação visando eliminar o

---

<sup>23</sup> Rico estancieiro, nascido em São Borja, no Rio Grande do Sul, Jango havia entrado na vida pública pelas mãos de Getúlio Vargas, de quem era amigo pessoal, como deputado, em 1947. Teve rápida ascensão política pelo Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), tornando-se ministro do Trabalho aos 36 anos, durante o segundo governo Vargas (1951-954). Assumiu em plena greve dos marítimos e revelou-se hábil negociador com os sindicatos, mas, ao propor um aumento de 100% no salário mínimo, no início de 1954, provocou a ira das elites conservadoras. A fim de contornar a situação, Vargas o demitiu, mas concedeu o aumento aos trabalhadores. Já nesta época, suas posições reformistas e nacionalistas preocupavam os chefes militares, principalmente os filiados à Escola Superior de Guerra (ESG). Derrotado nas eleições para o Senado em 1954, no ano seguinte elegeu-se vice-presidente da República pelo PTB, recebendo quase meio milhão de votos a mais que o presidente eleito Juscelino Kubistchek (PSD). Sobre a ESG, pontuamos que esta agremiação incorporou em solo brasileiro o equivalente ao *National War College* americano, com a diferença de que também faziam parte membros civis. A ESG foi criada em 1948 e manteve oficiais americanos até, pelo menos, 1970. Seu programa central era a propagação de ideias colaboracionistas no país, para forjar uma aliança entre Brasil e Estados Unidos contra o comunismo (Moniz Bandeira, 2010; Dreifuss, 1987).

<sup>24</sup> Criada em 15 de dezembro de 1959, a Sudene foi uma forma de intervenção do Estado no Nordeste brasileiro com o objetivo de promover e coordenar o desenvolvimento nessa região, a partir da percepção de que o processo de industrialização havia tornado crescente a diferença entre o Nordeste e o Centro-Sul do país. Assim, foi considerada necessária uma ação governamental – guiada pelo planejamento, entendido como único caminho para o desenvolvimento – nos Estados do Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia e parte de Minas Gerais (Oliveira, s/d).

analfabetismo etc. Em outras palavras, tratava-se de articular o planejamento da economia com programas setoriais nas áreas de saúde, educação, transportes, recursos naturais, energia, petróleo, agricultura, indústria etc. Ao mesmo tempo, se procederia à negociação da dívida externa. (d'Aguiar, 2011, p.11)

A saúde no governo João Goulart integrou propostas e ações diversas contidas neste documento, então denominadas de "pré-investimentos para o fator humano" (Furtado, 2011, p. 194-2013).

Todavia, como observa Rosa Freire d'Aguiar (2011), num quadro de polarização dos debates sobre os rumos políticos do país, o pensamento independente de Celso Furtado atraiu críticas de todos os lados, tanto dos liberais econômicos, quanto dos grupos filiados à vertente nacionalista, dentre os quais, aqueles alinhados às propostas do Partido Comunista Brasileiro (PCB) e a alas mais radicais do Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) – sigla sob a qual Jango havia sido eleito e na qual trilhou sua trajetória política. Para estes grupos mais à esquerda o Plano representava uma tentativa de manter os privilégios da burguesia associada ao capital internacional.

Em suas linhas mestras, o Plano Trienal propunha manter a taxa de crescimento anual em 7%, elevar a renda per capita de 323 dólares em 1962 para 363, em 1965, e reduzir progressivamente a inflação, dos 50% anuais para 25% em 1963, chegando a 10% em 1965. Para tanto, estabeleceu-se o teto máximo de 40% para os aumentos do funcionalismo e das Forças Armadas e o corte de subsídios. Quanto ao capital estrangeiro, talvez como uma estratégia para se conseguir investimentos e melhores prazos de negociação da dívida externa, não o denunciava, mas também não o defendia, como fizera o Plano de Metas do governo Juscelino Kubistchek.

Entretanto, em abril de 1963, o governo Goulart reintroduziu os subsídios do trigo e dos combustíveis (que haviam sido suspensos, conforme proposto no Plano Trienal) e concedeu aumento de 56,25% para o salário mínimo e de 60% para o funcionalismo público, desobedecendo ao que foi estabelecido como teto máximo e conforme o acordado com o Fundo Monetário Internacional (FMI). Em tal conjuntura, as medidas para a estabilização econômica não puderam ser aplicadas. Em maio, a inflação voltou a subir. Celso Furtado e o ministro da Fazenda, Santiago Dantas, foram exonerados em junho, e um decreto extinguiu o Ministério do Planejamento, que foi substituído pelo escritório de Coordenação do Planejamento Nacional, adjunto à Presidência (d'Aguiar, 2011).

Embora abortado o Plano Trienal, no exame do período percebemos que suas propostas permaneceram influentes enquanto diretrizes para a elaboração das políticas sociais

do governo João Goulart. Em suas linhas gerais para a saúde, o Plano defendia que a "programação das atividades governamentais no setor saúde constitui um dos imperativos principais de uma política dinâmica de desenvolvimento [...]" (Furtado, 2011, p.194). Mais adiante, apontava que:

A preocupação de buscar uma adequação das necessidades em matéria de saúde pública à débil estrutura dos recursos disponíveis fundamenta-se na consideração, já consagrada universalmente, de que os padrões de saúde de uma comunidade estão na dependência dos níveis econômicos atingidos pela mesma e expressos na renda média individual e familiar. A conquista de altos padrões de higidez é inseparável da luta pela melhoria das condições econômicas, da eliminação do pauperismo, do aumento da produção global, da maior disponibilidade de bens e serviços a serem consumidos e, finalmente, do acréscimo do poder de compra dos salários pagos aos trabalhadores. Essa premissa impõe que a formulação de um programa de saúde se esteie nos dados da realidade econômico-social, fornecidos pela análise de estrutura e do seu correspondente faseológico, que evidencia uma alta correlação dos indicadores sanitários com os que exprimem o desenvolvimento econômico. A desconsideração dos fatores econômicos, que devem comandar a fixação das diretrizes de uma nova política de saúde para o país, estaria decerto contribuindo para entreter o desperdício de recursos e o baixo rendimento da rede assistencial brasileira. (Furtado, 2011, p.197)

Da noção da necessidade do planejamento no setor saúde e de um "programa de saúde que se esteie nos dados da realidade econômico-social" resultarão a política e as ações pretendidas pelo governo neste campo nos primeiros anos da década de 1960, culminando com a 3ª Conferência Nacional de Saúde. A proposta de descentralização das ações de saúde apresentada na 3ª CNS foi embalada pelas orientações de planejamento, ou planificação, conforme a terminologia utilizada por Furtado.

A execução das tarefas básicas no âmbito da saúde deve ser descentralizada, confiando-se ao município a sua responsabilidade, procurando-se, doutra parte, reforçar o aparelhamento dos órgãos estaduais, dentro de um esquema de atribuições que discrimine as responsabilidades do poder público nas três esferas administrativas. (Furtado, 2011, p.198)

Em entrevista à Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Saúde em Debate, em 1978, Wilson Fadul – autor do projeto que convocou a 3ª Conferência e último ministro da Saúde do governo João Goulart – comenta sobre no que consistia a municipalização das atividades de saúde, então defendidas pelo Ministério:

[...] a única maneira de você estabelecer uma estrutura flexível, que seja adequada à realidade econômica, política, social e cultural da comunidade é criando o seu próprio serviço, já que é impossível, é uma falta de senso, se transferir uma estrutura de saúde que está perfeitamente adequada a uma realidade econômica para outra

comunidade que é diferente. Eu, por exemplo, encontrei, viajando como ministro pelo interior do País, aparelhos de Raio X encaixotados, esperando a Hidroelétrica para poder funcionar. (Fadul, 1978, p.73-74)

Outro aspecto que podemos depreender é uma concepção derivada do debate sobre o ‘círculo vicioso’ entre saúde e pobreza, que perpassa as décadas posteriores à Segunda Guerra Mundial. Principalmente a partir dos anos 1950, a questão sobre as estratégias de desenvolvimento econômico que o país deveria adotar passou a ter uma influência determinante na formulação das políticas de saúde.

O debate da relação entre desenvolvimento e condições sanitárias do país teve como fundamento político a teoria do círculo vicioso e da causalidade circular, cujo argumento principal colocava “que a deficiente saúde das populações era tida como a causa de sua própria pobreza”, e, por isso, “a melhora dos níveis de saúde poderia ser um instrumento de rompimento da estagnação”, ótica endossada pelos organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde. (Bodstein, 1987, p. 79).

Contudo, na corrente que se tornou conhecida como sanitarismo desenvolvimentista – e que ganhou primazia no Brasil principalmente a partir do governo Juscelino Kubitschek – o progresso, o desenvolvimento e a modernização seriam consequências imediatas do processo de industrialização, sendo os gastos com políticas sociais algo paliativo para o enfrentamento das necessidades que só o desenvolvimento promoveria. Ou seja, nessa acepção, a ideia central era de que o nível de saúde de uma população dependia, em primeiro lugar, do grau de seu desenvolvimento econômico. Medidas assistenciais e médico-sanitárias não teriam efeito se não ocorressem integradas ao desenvolvimento do país. O principal expoente deste pensamento, que informa institucionalmente as políticas do Ministério da Saúde, foi Mário Magalhães da Silveira, eleito presidente da Sociedade Brasileira de Higiene em 1962, e que em 1963 presidiria a Comissão Organizadora da 3ª Conferência Nacional de Saúde (Escorel e Teixeira, 2008). Conforme as palavras do próprio Magalhães da Silveira, durante o 15º Congresso Brasileiro de Higiene:

Quanto mais examino os problemas de saúde que afligem o homem no Brasil, tanto mais [...] afirmo na convicção que eles só poderão ser solucionados com o fortalecimento de nossa economia, pois deste fortalecimento é que poderá sobrar um excedente de produção capaz de permitir o custeio de todos os serviços, inclusive os médico-sanitários, que vão formar o ambiente necessário para que os homens gozem as conquistas que a civilização contemporânea oferece, inclusive, a saúde. (Sociedade Brasileira de Higiene, 1962, fls.3)

Destacamos que o planejamento em saúde e a formulação de um Plano Nacional de Saúde, já em 1963, colocavam em evidência um dos aspectos mais marcantes do modo como foram implantadas e se desenvolveram as políticas neste campo no Brasil ao longo do século passado: a dicotomia ou setorização dos serviços, que permaneceram, por décadas, divididos entre as ações de saúde pública, a cargo do Estado, voltadas para o combate às doenças infectocontagiosas; e a assistência médica individual, proporcionada pelos institutos da previdência social.

## **2.2 A setorização das atividades médico-sanitárias e o Ministério da Saúde**

As políticas de saúde são parte das políticas sociais e resultam da ação do Estado frente a um problema, a questão social. No caso brasileiro, serviram também como mecanismos de penetração do poder público no interior do país, a fim de se manter a unidade territorial, face às pressões federalistas no contexto pós-1930, como nos mostra Cristina Fonseca (2007).

Ao investigar a questão de quando e por que a saúde se torna pública no Brasil, concentrando-se no período da Primeira República, Gilberto Hochman destaca:

A interpretação apresentada é que, primeiro, as políticas de proteção social emergem a partir de uma articulação entre consciência social das elites e seus interesses materiais a partir de oportunidades por elas vislumbradas com a coletivização do bem-estar. Segundo, o formato organizacional e os conteúdos substantivos dessas políticas são objetos de cálculo e barganha em torno dos custos e benefícios da estatização *vis-à-vis* os custos impostos pela interdependência social. (Hochman, 2012, p.16-17)

É importante frisar que essa “consciência social das elites” a que o autor se refere diz respeito à percepção da impossibilidade de soluções individuais para um problema público: as doenças epidêmicas. As elites não estavam isentas aos efeitos negativos daquilo que consideravam ser produzido pelos pobres e destituídos, as “doenças que se pegam”. Os processos de industrialização, urbanização e crescimento populacional haviam produzido, para além de movimentos crescentes das massas por melhores condições de vida e de trabalho, o alastramento das doenças epidêmicas, que poderiam atingir a todos (Hochman, 2012, p.17).

José Carlos de Souza Braga e Sergio Goes de Paula pontuam que:

Ao longo da história do capitalismo, a questão da saúde não só cresce como problema coletivo, como também, ganha espaço no pensamento econômico-social. Observa-se, entretanto, que tal avanço “teórico” se dá não exatamente na medida em que aumenta a gravidade do problema da saúde coletiva, mas na proporção em que a atenção à saúde passa a ser um problema político e econômico no interior de cada estrutura socioeconômica concreta. (Braga e Paula, 1986, p.1)

Para estes autores, as relações sociais de produção influem não só no estado de saúde de uma população, como também nos cuidados promovidos pelo Estado. A questão da saúde nas modernas sociedades deve ser compreendida a partir do avanço do capitalismo e de seus conflitos e a análise da saúde como questão social precisa compreender tanto as condições urbanas e rurais quanto as do mercado de trabalho. Entendem que os problemas de saúde e suas formas de atendimento ganham visibilidade, principalmente, quando relacionados a endemias e problemas gerais de saneamento nos centros urbanos, e à estratégia de “[...] atração e retenção de mão de obra por parte das empresas e do próprio Estado [...]” (Braga e Paula, 1986, p.42).

No Brasil, os cuidados estatais com a saúde desenvolveram-se, principalmente, como um esforço para combater males que poderiam travar o desenvolvimento da economia. O poder público teve, primeiramente, como foco de atenção epidemias e endemias. Embora em segundo plano na agenda do Estado, a partir de 1920, os cuidados com as doenças crônico-degenerativas foram incorporados às reivindicações dos trabalhadores em prol da seguridade social. Tal fato gerou efeitos que, ao longo do século XX, resultaram em duas vertentes distintas nas ações de saúde. De um lado, a saúde pública, financiada com recursos do Tesouro Nacional e entendida, prioritariamente, como ações de combate a doenças infectocontagiosas (como a malária, a leishmaniose, a doença de Chagas, a peste e a febre amarela). De outro, a atenção médica individualizada, propiciada pela medicina previdenciária e custeada por contribuições de empregados, empregadores e consumidores – da qual a maior parte da população permaneceu alheia durante décadas (Ponte, 2010; Braga e Paula, 1986).

Esse entendimento resultava de uma concepção que reconhecia como pertencentes à esfera pública somente os problemas individuais que ameaçassem o restante da população ou a ordem econômica vigente. Ainda que alvo de críticas e discussões ao longo do tempo foi essa orientação que informou a separação institucional entre Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp) / Ministério da Educação e Saúde (MES) / Ministério da Saúde (MS) e Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) / Ministério do Trabalho e Previdência

Social (MTPS), guiando as ações e políticas. Tal dicotomia só foi superada com a Constituição de 1988 e a posterior criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante o governo João Goulart, as atividades médico-sanitárias obedecem a essa divisão institucional e se encontram setorizadas não apenas entre o Ministério da Saúde, criado em 1953, e o Ministério do Trabalho e Previdência Social, constituído como pasta autônoma em 1960, mas também pulverizadas entre outros ministérios e órgãos, como denuncia Furtado em seu diagnóstico nas diretrizes gerais para o setor saúde no Plano Trienal:

Os gastos federais com o Ministério da Saúde, nos últimos anos, mantiveram-se em torno do percentual de 4% em relação a despesa total da União. Para o ano de 1963, estão previstos gastos orçamentários que representam 4,1% da despesa global, tendo em vista apenas as despesas do Ministério da Saúde. Investigando-se as despesas com saúde, incluídas no orçamento de outros ministérios e órgãos vinculados à administração federal, verificar-se-á, contudo, que o montante de gastos públicos com atividades médico-sanitárias corresponde, aproximadamente, a 7,3% da despesa orçada. (Furtado, 2011, p.197)

Para entendermos um pouco melhor o quadro, é necessário voltarmos a 1930 e ao primeiro governo de Getúlio Vargas (1930-1945). Desde seu início, o novo governo tratou de centralizar as decisões, tanto econômico-financeiras quanto políticas (o que representou a retirada da autonomia dos municípios, numa tentativa de combater o que se considerava como o excesso de federalismo da Primeira República). Mudanças importantes e consequências desse processo de centralização no campo da saúde foram: a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp) – que se encarregaria das atividades entendidas como pertencentes à esfera da saúde pública, marcadamente, o controle de endemias e epidemias – e a criação do Ministério do Trabalho Indústria e Comércio (MTIC), ao qual ficaram subordinados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e as ações no campo da medicina previdenciária.

Ao Mesp foi incorporado o antigo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), pertencente à Secretaria de Estado da Justiça e Negócios Interiores. Já no âmbito do MTIC, ficaram incluídos o Conselho Nacional do Trabalho (CNT) e as ações relativas à previdência social. A criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões é apontada por Mariana Batich (2004) como o resultado da interferência do Estado no âmbito das relações trabalhistas. Os Institutos possuíam caráter nacional e abrangiam a totalidade dos empregados de uma categoria, ao contrário das Caixas de Aposentadorias e Pensões dos anos 1920 (CAPs), baseadas em vínculos de trabalhadores por empresa. Uma das principais características dos

IAPs e fator que os diferenciou do modelo das CAPs foi a presença estatal em sua administração.

A Constituição de 1937 reforçou o centralismo, promulgando leis trabalhistas que procuraram estabelecer um contrato entre capital e trabalho, garantindo direitos sociais aos trabalhadores e, ao mesmo tempo, criando a estrutura sindical do Estado, com reflexos nas décadas posteriores. Desde o governo provisório de 1930 a 1934, a questão social não deveria mais ser vista como “um caso de polícia<sup>25</sup>” e sim, “resolvida” mediante concessões das elites políticas, o que incluía a proposição e a implementação de políticas nacionais, no âmbito da educação e saúde (Skidmore, 1982, p.33).

A conjuntura aberta com a ascensão do grupo vitorioso da Revolução de 1930 possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais, em resposta à questão social. Esta, por sua vez, necessitava transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de mecanismos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação capitalista – que resultou na aceleração da urbanização e na ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação. A política de saúde formulada nos anos 1930 teria então um caráter nacional e seria organizada em dois subsetores: o da saúde pública e o da medicina previdenciária.

Cristina Fonseca (2007) defende que foi somente a partir dos anos 1930 que as políticas sociais foram definitivamente incorporadas como atribuições do Estado e considera que as medidas neste campo estiveram voltadas para a construção do modelo de *Welfare State* no Brasil (Estado de Bem Estar Social). De acordo com Gilberto Hochman (2005), a criação do Mesp, em 1931, ia ao encontro dos anseios do movimento sanitário da Primeira República, como defendido por Belisário Penna. Contudo, inicialmente, o novo órgão não trouxe nenhuma alteração significativa na saúde pública, representando apenas a incorporação do já existente Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), antes vinculado à pasta da Justiça e Negócios Interiores. Todavia, conforme o autor, o aparato institucional que foi sendo montado durante a gestão Gustavo Capanema no Ministério da Educação e Saúde (1934-1945) definiu os rumos da saúde pública e de sua estrutura administrativa, sendo perpetuado, inclusive, após a criação do Ministério da Saúde, em 1953, e de certo modo, até o fim dos anos 1980.

---

<sup>25</sup> “A questão social é caso de polícia.” Postura adotada pelo governo Washington Luís (1926-1930), contra os emergentes movimentos sociais.

Tal modelo dependia diretamente da resolução da questão federativa, pois implicava na definição das atribuições concernentes a cada esfera do Executivo. No contexto da década de 1930, o governo Vargas não conseguiu gerar um pacto federativo que possibilitasse assegurar os serviços de saúde como um direito social. Para viabilizar a sua institucionalização e a consolidação de um sistema público de saúde, os conflitos de interesse foram solucionados por meio de mecanismos centralizadores e autoritários, que fortaleceram o papel da União, mas não lhe conferiram o dever de execução. Como consequência, configurou-se, no âmbito da saúde pública, um serviço centralizado, paternalista, desvinculado da noção de direito social e, portanto, sem designação formal de quem deveria assegurá-lo (Fonseca, 2007).

Em tal cenário, a autora pontua a adoção de formatos diferenciados de inclusão social, relacionados à esfera da disputa de interesses de poder. A distinção de atribuições entre os Ministérios da Educação e Saúde Pública e Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio implicou, desse modo, em padrões diferentes de incorporação do sistema de *Welfare State*.

Com respeito à sua dimensão institucional, as ações públicas de saúde acompanhariam as distinções estabelecidas entre o MTIC e Mesp. Muito além de uma simples divisão e demarcação de funções segundo a área de atuação de cada órgão, a separação definiu, naquele contexto de fundação e estruturação de políticas sociais, modelos diferenciados de reconhecimento de direitos sociais. De um lado, se consolidaria a assistência individual previdenciária implementada pelo MTIC, a qual, com o passar dos anos, tornou-se uma das principais referências para a prestação dos serviços públicos de saúde voltados para os indivíduos reconhecidos como cidadãos, ou seja, para aqueles inseridos no mercado de trabalho e amparados por princípios corporativos. De outro lado, no Mesp, atrelada à educação, seria estruturada a saúde pública, ou melhor, tudo que dissesse respeito à saúde da população e que não se encontrava na área de abrangência da medicina previdenciária. A esse ministério caberia a prestação de serviços aos identificados como pré-cidadãos: os pobres, os desempregados, os que exerciam atividades informais; em outras palavras, todos os inabilitados a usufruir os serviços oferecidos pelos órgãos previdenciários. (Fonseca, 2007, p.41-42)

Nas áreas de abrangência do MTIC, Cristina Fonseca (2007) sustenta que a definição de políticas sociais passava por uma negociação envolvendo o governo, os trabalhadores e a burguesia industrial, ganhando, ao final, uma conotação corporativa. Aos representantes do setor industrial não interessaria assumir uma posição radical contra as crescentes reivindicações dos trabalhadores. Tal sistema seria resultado da relação tripartida entre Estado, trabalhadores e empregadores. Assim, haveria se estruturado a política social brasileira, fundada sobre princípios corporativos que garantiam benefícios aos trabalhadores, mas que permitiam o controle do Estado sobre o movimento sindical.

Um aspecto que julgamos importante mencionar é que, na bibliografia consultada, não há consenso entre os autores sobre a questão da construção de um Estado de Bem Estar Social ainda na década de 1930, sobretudo para os que se dedicam ao estudo das políticas no âmbito da previdência social, como José Carlos Souza Braga e Sergio Goes de Paula (1986) e Jaime Oliveira e Sonia Fleury Teixeira (1989). Discordando de Fonseca (2007), destacam que, no período correspondente ao primeiro governo Vargas, a legislação assume um caráter de contenção de despesas e restrições de benefícios, incluindo os serviços médicos. Para tal linha de interpretação, só é possível se falar em tentativas de estruturação do Estado de Bem Estar Social no país no contexto pós-Segunda Guerra Mundial e pós-redemocratização, a partir de 1946, por influências do Plano Beveridge<sup>26</sup> e da tendência dos governos no sentido da substituição do modelo do seguro pelo da seguridade social.

- **A previdência social e os Institutos de Aposentadorias e Pensões**

Desde os primeiros anos do século XX, num contexto, ainda tímido da expansão de nosso setor industrial, visando atrair e reter a mão de obra, foram desenvolvidas algumas práticas de higiene e saúde. Tanto por iniciativa pública, conforme já vimos, quanto por estratégia de empresas, começaram a ser adotadas medidas de proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores, bem como a serem oferecidos auxílios e benefícios previdenciários (Braga e Paula, 1986).

No âmbito da previdência social, por meio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e dos Institutos (IAPs), os serviços de saúde foram assegurados, por legislação trabalhista, a determinadas categorias de trabalhadores até 1966, quando os IAPs foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Oliveira e Teixeira (1989) adotam como marco inicial do surgimento da previdência social no Brasil a promulgação da Lei Eloy Chaves, em 1923, instituindo as Caixas de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários. As Caixas eram organizadas com a participação de empregados e empresas e o Estado não participava propriamente de seu custeio. Seu modelo já reunia a prestação de serviços (médicos e farmacêuticos) a benefícios pecuniários (aposentadorias e pensões).

---

<sup>26</sup> Beveridge foi autor, em 1942, de um plano de reconstrução da previdência social na Inglaterra, o Serviço Nacional de Saúde inglês (NHS), correspondente a uma mudança bastante radical na concepção de previdência vigente até então. O NHS recomendava que o Estado garantisse à população atenção à saúde primária, especializada, hospitalar e reabilitadora, de forma gratuita, financiada por impostos gerais (Viana e Baptista, 2008).

Com as novas relações trabalhistas instauradas a partir da década de 1930, rompeu-se com o padrão das CAPs, baseadas em vínculos de trabalhadores por empresa. Na formação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, foram englobadas categorias profissionais em todo o território nacional, no contexto de incorporação das massas urbanas ao jogo político que foi se constituindo. O modelo de assistência previdenciária inaugurado a partir dos anos 1930 passaria então a contar com a presença estatal em sua administração. Seu financiamento deu-se em regime tripartite, com a participação de empregados, empresas e Estado (cuja cota de contribuição, na verdade, era repassada aos consumidores de bens e serviços das empresas, por meio de impostos). A contribuição tríplice foi introduzida pela Constituição de 1934 e permitiu a Vargas dominar politicamente os Institutos, cujas direções reuniam representantes de partidos sob seu controle (Reis, 2010; Oliveira e Teixeira, 1989).

Em 1936, o decreto 890 institucionalizou as cotas e taxas de previdência, que seriam recolhidas pelas empresas em uma mesma conta especial do MTIC, no Banco do Brasil. Entre as décadas de 1930 e 1940, o sistema previdenciário tornou-se uma espécie de regime de capitalização de reservas que transformou a previdência, ao longo dos anos seguintes, em principal “sócio” do Estado no processo de industrialização do país e na montagem de um Estado de Bem Estar Social (Andrade, 2003, p.73).

Porém, a contribuição tripartite entre empregados, empregadores e Estado no financiamento dos Institutos nunca foi, de fato, realizada conforme estabelecido por lei. Ao longo dos anos, os empregadores e a União deixaram de contribuir, a ponto de, em 1956, o total do débito da União para com a previdência alcançar 30 bilhões de cruzeiros e o das empresas, 11,5 bilhões. Para se ter uma ideia do montante, conforme Oliveira e Teixeira (1989), o valor da dívida da União correspondia a 1,2 vezes a despesa do conjunto das instituições previdenciárias neste ano de exercício. Já a dívida dos empregadores representava quase a metade das despesas da previdência no mesmo período. Vários decretos impuseram a participação dos recursos da previdência em empresas consideradas de interesse estratégico, como a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN) e a Companhia Hidroelétrica do São Francisco (CHESF), além de aportes financeiros na construção de Brasília (Andrade, 2003).

O Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos (IAPM) foi o primeiro a ser criado, em 1933. Seguiu-se a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Bancários (IAPB) e dos Comerciais (IAPC), em 1934; dos Industriários (IAPI), em 1936; e dos Empregados em Transportes e Cargas (IAPETEC) e do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE), ambos em 1938 (Oliveira e Teixeira, 1989).

Entre os objetivos dos IAPs estavam, obrigatoriamente, a concessão de aposentadorias e pensões. Já quanto aos serviços, nos quais se incluíam os serviços médicos, eram prestados em intensidade variável, de acordo com a disponibilidade da instituição. Em alguns casos, como no Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI), o maior dos institutos, simplesmente, até 1948, não estava prevista a assistência médica. Nossa principal referência neste tópico é o trabalho minucioso empreendido por Jaime Oliveira e Sônia Fleury Teixeira (1989). A partir de uma análise rigorosa de aspectos financeiros, administrativos e da legislação previdenciária, desenvolvem um estudo que, ao longo do tempo, tornou-se registro quase obrigatório sobre o tema.

Para Jaime Oliveira e Sonia Teixeira, só é possível se falar em um Estado de Bem Estar Social (*Welfare State*)<sup>27</sup>, no Brasil, a partir de 1946, no contexto pós-Segunda Guerra Mundial e pós-Estado Novo. Apesar da importância dos IAPs para o controle social dos trabalhadores urbanos e para a construção do ‘mito Vargas’, em seus primeiros 15 anos, a legislação previdenciária assumiu um caráter que Oliveira e Teixeira (1989) classificam como ‘contencionista’, de restrição na concessão de benefícios e serviços, em contraposição ao que denominam de ‘prodigalidade’ do modelo dos anos 1920 – as Caixas de Aposentadorias e Pensões. A referência teórica que orientaria a previdência nesse período, entre 1930 e 1945, seria a do seguro social.

Os autores definem seguro social como uma prática basicamente civil, tornada compulsória pelo Estado e apenas organizada por este. “Tratava-se de que cada *trabalhador* garantisse, em grande parte por seus próprios meios, a continuidade de rendimentos proporcionais a seus salários em caso de infortúnio que o afastasse da produção [...]”. Já a noção de seguridade social, que proliferou principalmente depois da Segunda Guerra Mundial, “parte, ao contrário, da ideologia de um Estado que teria obrigações naturais e inalienáveis para com qualquer *cidadão* e, a partir daí, prega um compromisso ‘moral’ [...] da Previdência Social para com o ‘bem estar’ da população como um todo.” (Oliveira e Teixeira, 1989, p.178. Grifos dos autores).

Os gastos previdenciários por segurado no período de 1930 a 1945 caem vertiginosamente (cerca de 30% da arrecadação, sendo que durante os anos 1920 esse

---

<sup>27</sup> Conforme Fleury e Ouverney (2008), de modo sintético, o *Welfare State* (Estado de Bem Estar Social) designa políticas em resposta ao processo de modernização das sociedades ocidentais, constituindo-se de intervenções na economia e na distribuição social da renda. Seria uma resposta às crescentes demandas por seguridade socioeconômica, em um contexto de mudanças na divisão do trabalho. Também representaria mecanismos de integração, por meio de políticas públicas.

percentual havia chegado a 65% da receita). Tal ocorrência não se deve ao crescimento da população segurada, mas ao esforço para a restrição das despesas, inclusive de assistência médica, que tem sua cartela de serviços diminuída no período – “[...] houve uma transformação significativa do nosso modelo de Previdência Social, no sentido de torná-lo menos ‘pródigo’, menos ‘benevolente’, mais preocupado com a acumulação de reservas financeiras do que com a prestação de serviços.” (Oliveira e Teixeira, 1989, p.61).

É somente no contexto pós-1945 que se caminha para o “regime de repartição”. Muda o enfoque dado à assistência e crescem os gastos dos Institutos, inclusive com despesas médicas e hospitalares. Os anos entre 1945 e 1966 são designados como o “boom” da assistência médica previdenciária. Até 1948 não existiam mais do que quatro ou cinco hospitais próprios dos IAPs. Em 1966 (ano em que ocorre a unificação dos institutos no INPS), serão mais de 28 (Oliveira e Teixeira, 1989, p.149 e p.184-185). Como exemplo, reproduzimos parte da mensagem do presidente Eurico Gaspar Dutra (1946-1951) ao Congresso Nacional, no ano de 1950:

As iniciativas de interesse social das classes seguradas, como encarei na mensagem transata, *têm agora primazia*, [...] Facilitaram-se, de preferência, os financiamentos destinados a fomentar o bem-estar coletivo [...]. Ora construindo ora ampliando hospitais, casas de saúde, sanatórios, ambulatórios, postos médicos e casas de tipo popular, *as reservas da Previdência Social passaram talvez a ter melhor utilização*. (Dutra, 1950 apud Oliveira e Teixeira, 1989, p.181. Grifos dos autores)

A separação institucional entre saúde pública e assistência médica previdenciária irá se aprofundar durante o período em questão. Consideramos que ela deve ser compreendida a partir da ação regulatória do Estado, na separação entre cidadãos e não-cidadãos. As políticas sociais do Estado pós-30 voltam-se para a valorização do trabalho e do trabalhador, sendo muitas dessas políticas integrantes do um conjunto de iniciativas na área da legislação trabalhista, previdenciária e sindical (Hochman e Fonseca, 1999). A maior parte dos benefícios, inclusive o acesso aos serviços de saúde, ficou restrita aos indivíduos formalmente inseridos no mercado de trabalho, por meio dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, nos marcos do conceito definido por Wanderley Guilherme dos Santos como “cidadania regulada” (Reis, 2010; Santos, 1998).

Sugiro que o conceito-chave que permite entender a política econômico-social pós-30, assim como fazer a passagem da esfera da acumulação para a esfera da equidade, é o conceito de *cidadania*, implícito na prática política do governo revolucionário, e que tal conceito pode ser descrito como *cidadania regulada*. Por *cidadania regulada* entendo o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de

valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações *reconhecidas e definidas* em lei. (Santos, 1998, p. 75. Grifos do autor)

Entre os anos de 1950 a 1966, ao mesmo tempo em que cresce a prestação de assistência médica via institutos da previdência, agrava-se a situação financeira do sistema. A crise reflete as pressões crescentes da demanda por cuidados médicos, decorrentes do intenso processo de urbanização nas décadas de 1940 e 1950, que colocou nas cidades uma população assalariada, em condições de trabalho geralmente más e de remuneração baixa. Estes trabalhadores encontravam no esquema previdenciário um complemento indispensável à sua sobrevivência (Braga e Paula, 1986).

Em 1960 foi promulgada a Lei 3.807, denominada Lei Orgânica da Previdência (LOPS) – a qual estabeleceu a unificação do regime geral de previdência social, abrangendo todos os trabalhadores sujeitos à Confederação das Leis Trabalhistas (CLT), uniformizando os planos e as atribuições dos diferentes IAPs. Todavia, a aprovação das medidas contempladas pela LOPS não garantiram sua efetivação, dada a crise financeira do sistema. Esta lei, que não chegou a ser regulamentada, colocava fim à participação formal do Estado no financiamento da previdência, ficando o governo federal incumbido apenas das despesas com administração (Oliveira e Teixeira, 1989).

Desenha-se um processo que se prolongará ao longo dos anos 1960 e 1970, principalmente após a criação do INPS – em 1966, unificando os Institutos de Aposentadorias e Pensões, com exceção do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (Ipase)<sup>28</sup> – que concederá cada vez mais importância às ações de saúde associadas ao complexo previdenciário.

- **A criação do Ministério da Saúde**

Wanda Hamilton e Cristina Fonseca (2003) pontuam que a redemocratização do país fez ressurgir no interior da Assembleia Constituinte, em 1946, os debates a respeito da reorganização da sociedade brasileira. Os problemas sanitários e as questões de saúde pública também integraram estas discussões. Ainda durante a Assembleia, os deputados recém-eleitos

---

<sup>28</sup> Incorporado, juntamente com o INPS e o Inamps, somente no final dos anos 1970 ao Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), instituído pela Lei 6.439, de 1º de setembro de 1977 (Serra e Gurgel, 2007).

Alcedo Coutinho (PCB) e Miguel Couto Filho (PSD) retomaram a ideia de um Ministério independente para a Saúde<sup>29</sup>.

No campo da saúde, projetos políticos divergentes protagonizam disputas ao longo destes anos. Chama atenção o fato de que, durante os extensos debates que antecederam a criação do Ministério da Saúde, alguns parlamentares, em 1948, dentre os quais o médico e deputado paranaense Aramis Athayde (PSD), defenderem que a conformação da nova pasta deveria abarcar também as ações no âmbito da assistência e previdência social, em contraposição à divisão institucional das políticas de saúde fragmentadas entre MES e MTIC. Seguindo a mesma orientação, veremos, em 1951, o médico Janduí Carneiro, deputado pelo PSD e membro da Comissão de Saúde da Câmara, posicionar-se a favor de um Ministério da Saúde e Previdência Social.

Após 1946, essas propostas se incorporaram ao debate de representantes de partidos políticos que disputavam projetos para o setor. A ampliação da agenda gerou uma multiplicidade de proposições entre as legendas, cuja postura variava segundo os interesses políticos. Vargas havia assumido como presidente eleito pelo voto direto em 1951 e propôs uma reforma política – na qual se incluía o desmembramento do MES em uma pasta ministerial específica para a saúde – tornada moeda de negociação (Hamilton e Fonseca, 2003)<sup>30</sup>.

Em 25 de julho de 1953, foi sancionada por Vargas a Lei 1.920, que criou o Ministério da Saúde. Entretanto, a assistência médica permaneceu na órbita da previdência social, enquanto o Estado continuou a atuar no combate às doenças infectocontagiosas, principalmente no combate a endemias nas áreas rurais, conforme a proposta defendida por Miguel Couto Filho. A constante troca de ministros no período entre 1953 e 1964 evidencia

---

<sup>29</sup> A criação de uma pasta específica para a Saúde não era uma proposta original, remontando a projetos defendidos por sanitaristas no Congresso Nacional desde os anos 1910. Durante as duas primeiras décadas do século XX, a conciliação de interesses e negociações levou, no ano de 1919, à formação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), dentro da pasta da Justiça e Negócios Interiores (Hamilton e Fonseca, 2003; Hochman, 2012).

<sup>30</sup> Em outubro de 1952, Vargas propôs uma reforma no sistema administrativo da União, como estratégia conciliadora, a fim de ganhar apoio dos diversos partidos, incluindo a União Democrática Nacional (UDN), conclamou as legendas a integrarem a “reestruturação da máquina administrativa”, mas a iniciativa não logrou êxito. No anteprojeto de reforma política, o governo propunha o desdobramento dos dez ministérios existentes em 16, dentre eles, o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e Previdência Social. Ressaltamos que o projeto 185/1950, para criação do Ministério da Saúde, era de autoria do deputado Rui Santos, da UDN (Hamilton e Fonseca, 2003, p.815). Já a criação do Ministério do Trabalho e Previdência Social só foi formalizada em 22 de julho de 1960, pela Lei 3.782.

que o novo ministério foi objeto de “intensa e frequente barganha política”. No total, foram 14 titulares, sendo a gestão mais duradoura de pouco mais de um ano (Escorel e Teixeira, 2008).

O Ministério da Saúde manteve a mesma estrutura administrativa do extinto Departamento Nacional de Saúde (DNS, órgão do MES responsável pelo setor), ampliando, no entanto, o quadro de enfermidades sob os seus cuidados, passando a abranger também doenças como a ancilostomose, o bócio, a boubá, a brucelose, a doença de Chagas, a esquistossomose, a filariose, a leishmaniose e o tracoma. Para Braga e Paula (1986), se, por um lado, a criação do Ministério da Saúde evidenciava ser a saúde relevante na política estatal, mostrou, ao mesmo tempo, seu caráter secundário no conjunto das prioridades orçamentárias do Estado. Na partilha do antigo Ministério da Educação e Saúde, coube ao novo setor 1/3 do orçamento.

Na esfera do Ministério da Saúde, um momento institucional importante foi a implantação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), em 1956. Seu principal objetivo era unificar, sob sua coordenação, os órgãos envolvidos no combate, controle e erradicação de doenças específicas. Baseava-se na ideia de que estas doenças poderiam ser controladas por “guardas sanitários polivalentes”, encarregados de imunizar, organizar, orientar e trabalhar de maneira mais econômica e com maior rendimento. O órgão centralizou parte dos serviços de combate às enfermidades endêmicas, antes sob a responsabilidade do DNS. Todavia, as atividades de saúde pública continuaram fragmentadas e executadas sem coordenação entre si.

O Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), posteriormente transformado em Fundação Sesp, prosseguiu expandindo seus serviços sem qualquer tipo de cooperação ou intercâmbio com o DNERu. "Desenvolviam programas e ações completamente isolados. Faltava um plano geral que coordenasse e integrasse as medidas de saúde pública nos anos 50 e 60. Essa ausência possibilitava a multiplicidade de ações superpostas." (Escorel e Teixeira, 2008, p.376). Pode-se afirmar que, em comum, os dois órgãos, DNERu e Sesp, mantinham apenas as campanhas, a centralização e a verticalização das ações.

Durante o governo do Eurico Gaspar Dutra (1946-1951) a polêmica em torno do modelo de atenção à saúde ganhou fôlego, com as críticas ao Serviço Especial de Saúde Pública, criado em 1942, por um acordo bilateral. Financiado inicialmente com recursos da

Fundação Rockefeller, o Sesp representou uma ampliação significativa de dinheiro para cobrir áreas pobres e, naquele momento, estratégicas econômica e militarmente<sup>31</sup>.

O SESP na década de 50, teve atuação importante no combate à malária, na prestação de assistência médica através de suas unidades, nos trabalhos de educação sanitária, saneamento, controle de doenças transmissíveis, além de pesquisas em medicina tropical através do Instituto Evandro Chagas que esteve a ele vinculado durante esse período. Esse serviço contou com recursos e assistência técnica da Fundação Rockefeller até 1960, quando passou então à área do Ministério da Saúde com a denominação de Fundação SESP. (Luz, 1978, p.159-160)

Todavia, “[...] a estruturação do SESP baseou-se em modelos sanitários de países desenvolvidos, o que exigia altos gastos e o afastava da realidade brasileira [...]” (Bodstein, 1987, p.36). Principalmente a partir dos anos 1950, esse modelo começou a ser duramente criticado, sendo as estratégias de desenvolvimento econômico em pauta influência determinante na formulação das políticas de saúde, consubstanciando-se na corrente que ficou conhecida como sanitarismo desenvolvimentista. Esse modelo de saúde pública vinha ganhando espaço desde a gestão Dutra, sob a liderança de Mário Magalhães da Silveira e, principalmente nos anos 1960, passou a orientar institucionalmente o Ministério da Saúde.

A ideia-força do pensamento sanitarista desenvolvimentista era de que o nível de saúde de uma população depende, em primeiro lugar, do grau de desenvolvimento econômico de um país ou de uma região e que, portanto, as medidas de assistência médico-sanitária são, em boa parte, inócuas quando não acompanham ou não integram esse processo. A partir de tais ideias, essa corrente de pensamento construiu seu próprio edifício teórico e doutrinário, aprofundando conceitos e precisando definições até traduzi-las num conjunto de postulados político-ideológicos apresentados em 1962, subvertendo as bases do sanitarismo tradicional fincado na Sociedade Brasileira de Higiene (SBH).

A SBH congregava sanitaristas de todo país e tinha influência nas decisões da política de saúde tanto no âmbito nacional quanto nos contextos estaduais. O grupo de sanitaristas desenvolvimentistas disputou com o grupo do Sesp a direção da SBH e foi vitorioso, quando, em 1962, Mário Magalhães elegeu-se presidente da conservadora SBH. (Escorel e Teixeira, 2008, p. 370-371)

---

<sup>31</sup> Segundo Regina Celi Bodstein (1978), houve uma expansão de serviços médicos para áreas produtoras de borracha, na Amazônia, e Mangangê, no Vale do Rio Doce, as quais apresentavam altos índices de febre amarela e malária.

## **2.3 A influência das propostas da SBH e o 15º Congresso Brasileiro de Higiene**

Fundada em 1923, sob a presidência de Carlos Chagas, à época diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), a Sociedade Brasileira de Higiene (SBH) constituiu-se em um espaço privilegiado de discussões sobre políticas sanitárias até os anos 1970. Congregava médicos, educadores e engenheiros de distintas partes do país em torno de debates sobre higiene, saúde pública e educação. Durante décadas, a sociedade representou uma importante instância de produção e difusão de propostas.

A criação da SBH foi contemporânea aos esforços do movimento sanitário da Primeira República. Além disso, compartilhou também a ênfase ao combate às endemias (como ancilostomose, malária e mal de Chagas), a partir da ‘descoberta dos sertões’, seus habitantes doentes e a possibilidade de ‘curá-los’ e ‘integrá-los à comunidade nacional’. Os primeiros Congressos organizados pela SBH – sendo o primeiro deles no ano de sua fundação, em 1923 – expressavam o propósito da difusão das bases modernas e científicas da higiene. Em tais encontros, eram discutidas teses e ações de planejamento sanitário, aplicáveis a todo o país. A SBH promoveu Congressos no período entre 1923 a 1929, os quais foram interrompidos durante o primeiro governo Vargas. A Sociedade começou a se reestruturar a partir de 1941 e, de 1947 até meados dos anos 1970, os encontros voltaram a acontecer periodicamente. Nesta segunda etapa os objetivos da SBH voltaram-se para a organização nacional e a formação de especialistas na área da saúde pública (Almeida e Paiva, 2012; Campos, 2002).

A partir dos anos 1950, cresceu a influência dos médicos e demais sanitaristas da SBH na definição das políticas públicas de saúde. No início da década, muitos de seus membros integravam quadros técnicos do DNS – órgão subordinado ao Ministério da Educação e Saúde – e da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, com importante atuação nos debates que antecederam a criação do Ministério da Saúde.

Nas eleições para a presidência da SBH de 1962, o grupo liderado por Mário Magalhães da Silveira disputou com a vertente ligada ao Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) a presidência da Sociedade. O modelo defendido pelos profissionais do Sesp era baseado em campanhas nacionais e verticais e em práticas de atenção importadas de outros países. Já a corrente do sanitarismo desenvolvimentista, em síntese, propunha a coordenação

entre as campanhas e a extensão dos cuidados com a saúde a um maior contingente populacional, por meio da municipalização dos serviços e da atenção preventiva e curativa. Tais propostas, com destaque para as recomendações apresentados no 15º Congresso da Brasileiro de Higiene, tiveram grande influência sobre o temário e as discussões travadas durante a 3ª Conferência Nacional de Saúde, cujo secretário geral foi o próprio presidente da SBH, Mário Magalhães da Silveira (Escorel e Teixeira, 2008).

O 15º Congresso Brasileiro de Higiene foi realizado em Recife, entre os dias 9 e 15 de dezembro de 1962. A cidade foi escolhida por representar, na avaliação dos membros da SBH, um centro econômico, demográfico e político de uma importante área subdesenvolvida do país, e por ser a sede da Sudene. O encontro foi presidido por Manoel da Costa Carvalho e teve como relator João Plutarco Rodrigues de Lima. Compunham a diretoria da sociedade: Mário Magalhães da Silveira, presidente; Celso Arcoverde de Freitas, vice-presidente; Nisomar Pinheiro de Azevêdo, secretário executivo; Dagoberto Marques de Miranda Chaves, secretário; e Lalmo de Moraes, tesoureiro. O congresso fora convocado no início daquele ano, durante a gestão de Estácio Souto Maior na pasta da Saúde (setembro de 1961 a junho de 1962), no período em que Celso Furtado ainda ocupava o cargo de superintendente da Sudene. O encontro, inicialmente, deveria acontecer entre os dias 1º e 07 de julho. O motivo do adiamento não foi apresentado na documentação consultada. O ministro da Saúde, Eliseu Paglioli (18 de setembro de 1962 a 18 de março de 1963) não participou do evento (Sociedade Brasileira de Higiene, 1962).

A interlocução entre desenvolvimento econômico e saúde e o planejamento das ações para setor constituíram as questões centrais neste congresso:

[...] o temário debatido no XV Congresso, tendo em vista a fase do desenvolvimento econômico que o país atravessa, está subordinado ao exame das interlocuções de desenvolvimento econômico com a saúde, assim como os programas de saúde pública que atendendo às necessidades e possibilidades da população venham em auxílio do processo de desenvolvimento econômico e social. Reconhecendo, por outro lado, que as atividades dos órgãos nacionais, estaduais e municipais responsáveis pela assistência médico-sanitária de nossas populações, depois de tentativas de programação, que por mal fundamentadas foram praticamente frustradas, necessitam de um plano de ação plurianual que lhes garantam continuidade e objetivos definidos, a SBH inclui no temário do XV Congresso a formulação de um Plano de Saúde Pública. (Sociedade Brasileira de Higiene, 1962, p.1)

O Plano de Saúde Pública proposto era considerado pelos técnicos participantes do encontro uma tentativa pioneira, ao estabelecer que as atividades médico-sanitárias contemplassem os diversos níveis administrativos – municipal, estadual, regional e nacional.

Na opinião desses profissionais, a medida resultaria em economia de recursos disponíveis e na possibilidade de ampliação dos serviços a todas as camadas da população.

O temário do encontro foi dividido nos seguintes tópicos:

- 1) ‘Desenvolvimento econômico e saúde’;
- 2) ‘Programas de saúde pública para o desenvolvimento econômico’, contemplando os itens: alimentação; problemas-médicos sanitários das áreas subdesenvolvidas; migrações internas; água para as populações; pesquisa e produção de agentes terapêuticos e profiláticos;
- 3) ‘Programas municipais, estaduais, regionais e nacionais de saúde pública’.

A respeito do temário, reproduzimos a seguir as observações de Mário Magalhães da Silveira durante a abertura do Congresso:

De fato, o temário com suas três seções estabelece nitidamente o exame global do problema da Saúde Pública. Na primeira seção procura estabelecer uma filosofia de princípios gerais de orientações. Na segunda pretende examinar os principais problemas sanitários de áreas subdesenvolvidas e organizar um sistema de prioridades de forma que sejam atacados os que dentro das técnicas atuais possam ser solucionados dando assim maiores benefícios às populações. E na terceira ação a programação. Parece que ninguém mais hoje discute que se torna indispensável que atividades desta natureza sejam programadas.

Os sanitaristas, médicos e outros técnicos incorporados ao movimento sanitário irão no XV Congresso Brasileiro de Higiene discutir e dar, ou pelo menos encaminhar, uma resposta a estes problemas. (Sociedade Brasileira de Higiene, 1962, fls.5 e 6)

No início dos anos 1960, o debate sobre a saúde, não só no Brasil, era permeado por um interesse crescente sobre as relações entre saúde e condições socioeconômicas dos países ‘subdesenvolvidos’, devendo o planejamento levar em consideração a interdependência desses fatores. Conforme a análise do professor de Saúde Pública da Faculdade de Higiene de São Paulo Rodolfo dos Santos Mascarenhas, o planejamento em saúde era apenas parte de um plano de desenvolvimento global da sociedade, “onde os problemas relacionados à saúde são cotejados, no interesse comunitário, com os demais relativos aos ambientes físico, biológico e social.” (Sociedade Brasileira de Higiene, 1962, fl.1).

A questão do planejamento envolvia a consideração das diferenças socioeconômico-sanitárias entre as diversas regiões do país, sendo que, para além da ampliação dos serviços médicos, a ampliação dos serviços de saneamento básico, como o fornecimento de água tratada e de redes de coleta de esgoto, era considerada central para o combate às grandes endemias, principalmente nas regiões mais pobres.

A implementação de uma política sanitária nacional, calcada em tais pressupostos, já havia sido objeto de esforços governamentais durante a gestão de Souto Maior na pasta da Saúde, o qual, com a colaboração de Mário Magalhães da Silveira, criou uma comissão destinada a elaborar um plano plurianual para as atividades médico-sanitárias. O programa foi aprovado pelo Congresso Nacional em fins de 1961, mas não chegou a ser regulamentado, de acordo com Souto Maior, propunha:

- a) promover os programas que a menor custo possam beneficiar maior número de pessoas pelo equacionamento de problemas de saúde pública de quantidade;
- b) utilizar ao máximo as conquistas da ciência e da técnica – inseticidas de ação residual e os antibióticos de forma a fazer baixar a mortalidade no Brasil ao nível do que ocorrem em países de condições econômicas semelhantes;
- c) fazer da saúde pública um instrumento efetivo no auxílio ao desenvolvimento econômico, evitando, por outro lado, o desperdício de recursos em atividades que por sua especialização e por seu custo não deem rendimento satisfatório;
- d) estabelecer uma política de estudo e pesquisa dos chamados problemas da medicina colonial, pois sendo estes particulares aos países subdesenvolvidos as soluções têm de ser encontradas pelos cientistas destes países;
- e) orientar uma política de recrutamento e formação de pessoal para que o poder público possa dispor de profissionais qualificados;
- f) promover o fortalecimento e o aprimoramento da indústria farmacêutica, procurando evitar a sua progressiva desnacionalização e fomento da indústria química destinada à produção dos elementos necessários a higiene e a profilaxia das doenças prevalentes no país, e estudar a possibilidade de instalação se necessário, de fábricas de propriedades do governo, para a produção desses agentes químicos profiláticos. (Sociedade Brasileira de Higiene, 1962, fls.3)

Assim como na 3ª CNS, o problema da indústria farmacêutica, embora não fosse parte do temário oficial, foi um assunto que esteve presente nas discussões do 15º Congresso da SBH. A indústria farmacêutica nacional foi apontada como uma das mais antigas e prósperas do país e, naquela conjuntura, vinha sendo absorvida pelo capital estrangeiro. Conforme o levantamento apresentado por Thereza Palacios, com base na publicação da Editora Banas, *A Indústria Farmacêutica no Brasil*, 3ª edição, 1961, das 100 empresas de produtos farmacêuticos que mais haviam vendido no país em 1960, 54 eram estrangeiras, sete de economia mista, e 39 nacionais, sendo que as dez empresas que mais haviam faturado, vendendo acima de 800 milhões de cruzeiros, eram todas estrangeiras.

Sobre as conclusões e recomendações expressas nos Anais do 15º Congresso Brasileiro de Higiene, destacamos:

- a assistência médica deveria ser programada tendo em vista as necessidades, e dentro das possibilidades de recursos, de modo a não prejudicar os investimentos necessários ao

desenvolvimento econômico da nação, mas também levar em conta que grande parte da população não dispunha de meios para o pagamento direto dos serviços;

- a modernização da economia nacional, como único meio realmente efetivo para a melhoria das condições de saúde do povo brasileiro;

- a reforma do sistema agrário do país, com o aumento da área de cultivo destinada à produção de subsistência e eliminação dos latifúndios;

- a planificação do desenvolvimento econômico nacional;

- a revisão do Código Brasileiro de Propriedade Industrial e a criação, pelo presidente da República, de uma empresa pública para a produção de matérias primas para a indústria farmacêutica, denominada Farmobrás, além do fomento à produção de medicamentos com matérias primas nacionais, destinados à medicina de massa (Sociedade Brasileira de Higiene, 1962).

## **2.4 Planejamento estatal no pós-guerra e o *Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social***

No período pós-Segunda Guerra Mundial, foi criada uma série de organismos intergovernamentais destinados, em tese, a promover a colaboração entre os países, sendo a principal e mais conhecida destas organizações a Organização das Nações Unidas (ONU), em junho de 1945. O entendimento era de que os governos deveriam promover o crescimento de suas economias e, ao mesmo tempo, realizar mudanças destinadas à promoção do bem estar social, a fim de evitar a emergência de conflitos e desequilíbrios internos, e, também, deter o avanço do fascismo e do socialismo. Considerava-se imprescindível a intervenção na sociedade, por meio da elaboração de técnicas e métodos eficazes de planejamento. Nos países da chamada periferia do capitalismo mundial,

[...] inaugura-se a *era do desenvolvimento*, sob o signo do planejamento em larga escala. Ciência e técnica foram acionadas para moldar o mundo não euro-americano à feição de um Ocidente moderno que avança em seu movimento de mundialização. Neste movimento as organizações internacionais teriam um papel fundamental, sobretudo na generalização das práticas de assistência técnica, transferência de tecnologia e cooperação. (Pires-Alves e Paiva, 2010, p.156. Grifos dos autores)

Como uma das agências vinculadas à ONU, em 1948 foi criada a Organização Mundial de Saúde (OMS), que na América Latina resultou numa reorientação da Repartição Sanitária Pan-Americana de Saúde, a qual passou a funcionar como um escritório da OMS,

sob a denominação de Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). No mesmo ano, foi instituída a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), com o objetivo – segundo a própria Cepal, ainda hoje ativa – de promover estudos e políticas para o desenvolvimento da região, estimulando a cooperação entre os países latino-americanos e o resto do mundo. A presença da Cepal no Brasil teve início com um acordo de colaboração entre este organismo e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDS), em 1952, quando foi formado o Grupo Misto de Estudos Cepal/BNDS, com o propósito de traçar programas para o desenvolvimento do país<sup>32</sup>.

Celso Furtado, que coordenou a equipe responsável pela elaboração do Plano Trienal, era economista da Cepal desde 1949, no Chile, cidade sede da instituição. No ano seguinte, foi nomeado diretor da Divisão de Desenvolvimento Econômico desta Comissão, permanecendo na agência por quase dez anos<sup>33</sup>.

Sob o discurso da 'cooperação' e do 'desenvolvimento', principalmente após a Revolução em Cuba que colocou fim à ditadura de Fulgencio Batista, em 1959, os Estados Unidos passaram a atuar de maneira mais incisiva, colocando-se como estrategista e articulador da política econômica e externa dos países latino-americanos, redefinindo várias atividades de cunho assistencialista.

Celso Furtado, que chefiava a Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (Sudene), foi nomeado, em 27 de setembro de 1962, ministro extraordinário do Planejamento (pasta até então inexistente) do gabinete parlamentarista. Sua missão era a elaboração de um plano para o país, às vésperas do plebiscito que decidiria sobre o retorno ou não ao regime presidencialista. O plano deveria ser apresentado ao primeiro ministro, Hermes Lima, e ao Conselho de Ministros até o final do ano. Em meados de dezembro, o trabalho foi concluído. Era o *Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social*. Em 23 de janeiro, Furtado recebeu o convite de Jango para que assumisse o recém-criado Ministério do Planejamento.

Não há consenso na literatura quanto a posições ideológicas assumidas no Plano Trienal. Para Regina Bodstein (1987, p.82), o pensamento de Celso Furtado representava uma esquerda moderada, com "propostas que pudessem produzir alternativas econômicas que pudessem amenizar as questões sociais mais emergentes".

Já para Thomas Skidmore (1982),

---

<sup>32</sup> Informação disponível no *website* das Nações Unidas no Brasil, no link: <<http://www.onu.org.br/onu-no-brasil/cepal/>>.

<sup>33</sup> Informação disponível no *website* da Fundação Getúlio Vargas, no link: <[http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas2/biografias/celso\\_furtado](http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas2/biografias/celso_furtado)>.

Em muitos aspectos, o Plano Trienal era uma maneira relativamente "ortodoxa" de encarar o perene problema da inflação. Sua novidade, em comparação com o plano de Lucas Lopes e Roberto Campos, de 1958<sup>34</sup>, ou o programa de Jânio<sup>35</sup>, de 1961 (jamais elaborado de maneira ampla, como os outros dois), consistia na ênfase ao encarar as medidas anti-inflacionárias como parte de um programa "global" de planejamento econômico e social. (Skidmore, 1982, p.91)

Na análise de Rosa Freire d'Aguiar (2011), nem uma coisa nem outra, tratava-se de uma proposta independente, baseada no pensamento estruturalista latino-americano,

[...] o Plano Trienal nada tinha de "esquerdista", nem era constituído de uma série de 'reformas de base'. O projeto de Furtado, então superintendente da Sudene, previa um processo de desenvolvimento sustentado que confrontava as reformas ditas 'revolucionárias', na marra, proclamadas por Leonel Brizola [...]. (d'Aguiar, 1001, p. 21)

Às vésperas do plebiscito que poria fim à experiência parlamentarista iniciada em 1961, Jango precisava de um plano de governo. O país enfrentava sérios problemas econômicos, como a taxa de crescimento declinante e o déficit no balanço de pagamentos. Celso Furtado recebeu do presidente a missão de elaborar o plano de governo e, em dezembro, entregou 447 páginas datilografadas. O documento integral ficou restrito aos ministérios. O texto circulou, principalmente, em versão resumida, com 195 páginas, entregues a jornais, entidades, pessoas e associações no Brasil e no exterior. Somente em 2011, o plano foi publicado na íntegra, pelo Centro Internacional Celso Furtado, como parte do quarto volume dos Arquivos Celso Furtado, juntamente com artigos relacionados, sob o título de *O Plano Trienal e o Ministério do Planejamento*.

No Plano Trienal a saúde integrava o programa setorial. A concepção predominante era a do sanitarismo desenvolvimentista, orientada pelo entendimento de que os padrões de saúde de uma comunidade dependem dos níveis econômicos atingidos pela mesma. Em suas diretrizes gerais, considerava que nos últimos decênios, em razão das transformações advindas da industrialização, houvera significativas melhoras nas condições gerais de saúde da população nas áreas urbanas, apontando como principal exemplo a queda da mortalidade.

Todavia, o plano considerava que as populações rurais ainda permaneciam desfavorecidas, com escassez de meios para preservação de sua saúde. O documento indicava que no panorama sanitário brasileiro predominavam ainda as chamadas "doenças de massa, características do subdesenvolvimento". Tais enfermidades tenderiam a desaparecer "com a

---

<sup>34</sup> Plano de Estabilização Monetária do governo Juscelino Kubistchek.

<sup>35</sup> Plano de Reforma Cambial.

melhoria das condições de vida que só o progresso econômico determina e encontra nos modernos meios terapêuticos, de fácil manejo e de custo relativamente reduzido, um segundo instrumento de combate." (Furtado, 2011, p.196 e 205-206).

Na questão da assistência médica e hospitalar, a duplicidade de órgãos e a falta de coordenação das atividades são citadas como principais problemas, resultando em ociosidade de recursos e em desperdício. Diante de tal constatação, o plano propunha, entre as atividades básicas a serem desenvolvidas no triênio 1963-1965, a "reestruturação do Ministério da Saúde, procurando-se reorganizar e unificar as suas atividades, tornando possível a coordenação, controle e fixação do programa nacional de saúde, cuja execução ficará sob a sua competência administrativa." (Furtado, 2011, p.201).

No que concerne às atividades da previdência social, não apontava diretamente a transferência da assistência médica e hospitalar para a alçada do Ministério da Saúde, mas considerava que tais ações deveriam ocorrer de forma coordenada, figurando entre os objetivos do programa de trabalho do Departamento Nacional de Saúde para 1963: "melhorar a situação hospitalar através do estabelecimento de ligações do Ministério da Saúde com as instituições da previdência e os órgãos autárquicos da União, principalmente aqueles incumbidos dos programas de desenvolvimento regional [...]" (Furtado, 2011, p. 202).

Os municípios deveriam ser os responsáveis pela execução das tarefas básicas de saúde, as quais seriam descentralizadas, e a responsabilidade do poder público nas três esferas administrativas foi discriminada de forma a conferir à União a contribuição técnica e financeira suplementar aos estados e municípios, por meio de convênios.

Este propósito descentralizador possibilitará o desejado ajustamento da organização assistencial às peculiaridades socioeconômicas regionais, contribuindo, doutra parte, para neutralizar o gigantismo de alguns órgãos encarregados da prestação de serviços sanitários, tanto na esfera pública como na particular. (Furtado, 2011, p. 198)

## **2.5 Algumas considerações sobre o governo João Goulart**

João Belchior Marques Goulart foi o último presidente civil da experiência democrática brasileira do período entre 1945 e 1964. Em 1º de abril, um golpe civil militar, com apoio do governo dos Estados Unidos, pôs fim ao governo que ousava enfrentar o imperialismo norte-americano e implementar as reformas de base. Em 13 de março, uma sexta-feira, em um comício em frente à Estação de Trem Central do Brasil, no Rio de Janeiro,

diante de uma multidão de aproximadamente 200 mil pessoas – que portavam, inclusive, faixas pedindo a legalização do Partido Comunista – Goulart havia anunciado a necessidade de mudanças na Constituição de 1946, visando às reformas, e assinado dois decretos: o primeiro nacionalizava as refinarias de petróleo particulares e o segundo, declarava sujeitas à desapropriação terras improdutivas localizadas às margens de rodovias e de açudes para a finalidade da reforma agrária (Moniz Bandeira, 2010)<sup>36</sup>.

O comício da Central foi o primeiro (e único) de uma série de outros comícios que haviam sido programados para o anúncio à população das reformas – as cidades escolhidas foram Porto Alegre, Recife, Belo Horizonte e São Paulo, onde aconteceria o último comício, em 1º de maio, comemorando o Dia do Trabalhador. O teor do comunicado não era novidade, Jango já havia incluído o seu conteúdo na Mensagem Presidencial enviada ao Congresso Nacional, em 15 de março, por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1964.

1. Reforma agrária, com emenda do artigo da Constituição que previa a indenização prévia e em dinheiro.
2. Reforma política, com extensão do direito do voto aos analfabetos e praças de pré, segundo a doutrina de que "os alistáveis devem ser elegíveis".
3. Reforma universitária, assegurando plena liberdade de ensino e abolindo a vitaliciedade de cátedra.
4. Reforma da Constituição para delegação de poderes legislativos ao presidente da República.
5. Consulta à vontade popular, através de plebiscitos, para o referendo das reformas de base. (Goulart, 1964, p. XII e XIII)

Desde o final de 1963, a campanha pela reforma agrária era pública e o presidente estendera aos trabalhadores rurais os benefícios da previdência social, da assistência médica, do auxílio doença e da aposentadoria, com a sanção da Lei nº 4.214, de 02 de março de 1963, dispondo sobre o Estatuto do Trabalhador Rural. Esta lei instituiu a carteira profissional para os trabalhadores do campo, regulamentação da jornada de trabalho, observância do salário mínimo e de direitos tais como o repouso semanal e as férias remuneradas<sup>37</sup>.

Com relação ao capital multinacional, Jango havia despertado a ira das empresas de exploração mineral. No mês de dezembro, cassou as concessões da Companhia de Mineração

---

<sup>36</sup> Modificar o artigo 141 da Constituição de 1946 era imprescindível para a execução da reforma agrária. Goulart propunha ao Congresso a desapropriação das terras não exploradas mediante o pagamento em títulos públicos de valor reajustável. Nas palavras de Goulart, no discurso da Central do Brasil, "[...] reforma agrária com pagamento prévio do latifúndio improdutivo, à vista e em dinheiro, não é reforma agrária. Reforma agrária, como consagrado na Constituição, com pagamento prévio e a dinheiro é negócio agrário, que interessa apenas ao latifundiário, radicalmente oposto aos interesses do povo brasileiro." (Silva, 1975.).

<sup>37</sup> Posteriormente revogada, sendo que as normas reguladoras do trabalho rural e dos benefícios previdenciários só foram de fato aprovadas em 1973, pela Lei 5.889, de 09 de junho.

Curral del Rey, subsidiária da Hanna Co., para a pesquisa e lavra de minério no município de Nova Lima (MG); tabelou os óleos lubrificantes vendidos pela Esso, Shell, Texaco e outras empresas; quebrou o domínio da Gas Ocean sobre o mercado brasileiro e outorgou à Petrobras o monopólio das importações de petróleo. Tais medidas feriam os interesses do capital estrangeiro, sobretudo norte-americano. Mas, a medida de Goulart que mais repercutiu em relação aos interesses das empresas estrangeiras foi a regulamentação da Lei nº 4.131, em outubro de 1963, que limitava a remessa anual de lucros para as matrizes no exterior a 10% dos investimentos registrados pelas empresas<sup>38</sup> (Moniz Bandeira, 2010).

No Ministério da Saúde, Wilson Fadul atacou a indústria farmacêutica, um dos setores que mais praticavam a remessa anual de lucros acima de 10% dos investimentos e, onde, conforme Moniz Bandeira (2010), o índice de desnacionalização chegava a 90%.

Mediante a investigação na Carteira de Comércio Exterior do Banco do Brasil (CACEX), ele [Wilson Fadul] desvendou o sentido das transações entre as matrizes estrangeiras e suas filiais, ao comprovar que tal comércio, em circuito fechado, se fazia a preços muito acima da concorrência internacional [...].

Apoiado em dezenas de informações semelhantes, o governo baixou um decreto, em 13 de setembro de 1963, proibindo a importação de matéria-prima para a indústria farmacêutica a preços fora da concorrência internacional, ao mesmo tempo em que determinava a implantação de uma indústria química de base, mediante a concessão de incentivos fiscais, creditícios e outros aos laboratórios nacionais, sob a direção do recém-criado Grupo Executivo da Indústria Farmacêutica (GEIFAR). (Moniz Bandeira, 2010, p.233-234)

Quando assumiu a presidência, em setembro de 1961, Jango herdou uma estrutura político-partidária que prometia pouco êxito, tanto para a estabilização econômica, quanto para a reforma estrutural. Entretanto, mesmo com os poderes limitados pelo sistema parlamentarista, Goulart tentava atender a antigas demandas trabalhistas. Ainda em 1962, participou do 1º Congresso Nacional de Trabalhadores Agrários, em Belo Horizonte, e lançou a proposta de alterar a Constituição para a realização da reforma agrária. Defendia também uma política de não alinhamento aos Estados Unidos, o que acabou por esbarrar nas fronteiras econômicas.

---

<sup>38</sup> "Os lucros excedentes de 10% cuja remessa a lei não permite, terão que ser considerados capitais nacionais de estrangeiros, permanecendo no país [...] e não poderão constituir base para novas remessas, uma vez que auferidos à custa, em grande parte, da inflação, de créditos nacionais e de benefícios e privilégios resultantes da reavaliação de ativos, que agravou extremamente a sangria antes mencionada." (Do despacho de Goulart, determinando, em outubro de 1963, a elaboração do decreto. In: Novos Rumos, Rio de Janeiro, nº 246, nov. 1963, apud Moniz Bandeira, 2010, p. 290).

Nas eleições de 1962, os desacordos e os conflitos que marcam a democracia no período entre 1946 a 1964 se acirraram<sup>39</sup>. A divisão entre nacionalistas e os defensores de uma política mais ortodoxa se aprofundou. Conforme Thomas Skidmore (1982), durante esses anos, é em torno do tema do nacionalismo – da divergência entre suas correntes e da sua aceitação ou rejeição – que se desenvolveu o debate e as posições político-ideológicas sobre as fórmulas para o crescimento econômico do país. A posição neoliberal era baseada na suposição de que o capital estrangeiro deveria ser recebido e estimulado, como ajuda indispensável, e que as limitações impostas pelo governo ao movimento internacional do capital deveriam ser reduzidas ao mínimo. Já os defensores do desenvolvimentismo-nacionalista partiam da suposição de que o Brasil se defrontava com uma necessidade imperiosa de industrialização. Nessa concepção, o capital privado estrangeiro poderia desempenhar papel importante, desde que objeto de cuidadosa regulação pelas autoridades brasileiras. Por fim, o ‘nacionalismo radical’ pautava-se na visão de que a estrutura social e econômica vigente era de exploração e exigia mudanças – a industrialização baseada em capitais externos era terminantemente rejeitada.

Embora, na prática, o autor observe não ser possível enquadrar essas tendências em termos de linhas partidárias, Skidmore (1982) entende que, pelo menos, é possível identificar inclinações dentro de cada um dos grandes partidos do contexto:

A gama se estendia da UDN, cujos membros, em sua maioria, se filiavam ao neoliberalismo, passando pelo PSD, dentro do qual alguns líderes urbanos eram adeptos do desenvolvimentismo-nacionalismo, até o PTB, mais maciçamente a favor do desenvolvimentismo-nacionalismo, e finalmente a ala esquerda do PTB ou mesmo o PCB (ilegal desde 1947, mas ainda, ativo politicamente), que adotavam o nacionalismo radical. (Skidmore, 1982, p.121)

As eleições de 07 de outubro de 1962 para o Congresso e para o governo de onze estados evidenciaram a crescente polarização de opiniões e o nacional-reformismo parece avançar – embora os radicais de direita também tivessem mantido seu espaço – transformando

---

<sup>39</sup> O presidencialismo da Constituição de 1946 foi marcado por conflitos e levantes de diversas intensidades, tendo, por vezes, os militares atuado como árbitros ou patrocinadores, até o golpe de 1964. Destacamos aqui alguns momentos: a agitação, levada adiante pela União Democrática Nacional (UDN), em torno da tese da maioria absoluta, em 1951, na tentativa de impedir a posse de Vargas como presidente eleito pelo voto direto; o manifesto dos coronéis, em janeiro de 1954, que forçou a deposição de João Goulart do posto de ministro do Trabalho; a mobilização para deposição de Vargas, após a tentativa de assassinato de Carlos Lacerda, frustrada com o suicídio do presidente, em 24 de agosto do mesmo ano; o levante para impedir a posse de Juscelino Kubitschek, em 1956; as manobras de ministros militares para evitar que Goulart assumisse a Presidência da República, após a renúncia de Jânio Quadros, entre 25 e 30 de agosto de 1961; e, finalmente, o golpe de 1º de abril de 1964, que depôs o último presidente civil do período (Baleeiro e Lima Sobrinho, 2001).

a ação legislativa num palco de conflitos, apresentados como batalhas ideológicas, mas que na verdade eram baseados em interesses econômicos.

No Congresso, dividido entre a Frente Parlamentar Nacionalista (FPN) e a Ação Democrática Parlamentar (Adep), o PTB aumentou a sua representação na Câmara dos Deputados, passando de 66 para 104 cadeiras, intensificando a luta da FPN pelas reformas de base e o restabelecimento do presidencialismo. Ao passo que a UDN diminuiu o seu número representantes, mesmo com o intenso financiamento do Instituto Brasileiro de Ação Democrática (IBAD) – que custeou a campanha eleitoral de mais de 250 candidatos ligados à ADEP. Estes assumiram o compromisso ideológico de defender o capital estrangeiro e de condenar a reforma agrária e a política externa independente (Moniz Bandeira, 2010; Skidmore, 1982).

De qualquer forma não resta dúvida que muito dinheiro norte-americano correu na campanha eleitoral de 1962, em grande parte, oriundo do próprio governo dos Estados Unidos e não apenas de suas empresas, conforme o próprio Lincoln Gordon [embaixador dos Estados Unidos no Brasil] confessaria, admitindo um gasto da ordem de US\$ 5 milhões, quantia esta que naturalmente não engloba as remessas diretas da CIA, mas tão somente os recursos do Fundo do Trigo aplicados pela Embaixada Americana. (Moniz Bandeira, 2010, p.178)

Nos estados, uma vitória importante foi a de Miguel Arraes, que conquistou o governo de Pernambuco. Todavia, em São Paulo, a eleição foi ganha por Ademar de Barros (PSP) e, dois anos antes, os udenistas Carlos Lacerda e Magalhães Pinto haviam sido eleitos governadores da Guanabara e de Minas Gerais, respectivamente, todos atuando violentamente contra o governo João Goulart.

Para Furtado nenhum planejamento resistiria à desarmonia entre o Legislativo e o Executivo e à falta acordo entre as autoridades. Nas palavras do próprio economista, em entrevista à Alzira Abreu para a edição de março/abril de 1983 da Revista Ciência Hoje (apud d'Aguiar, 2011, p.21):

Eu preparei um plano mas na verdade não houve base de sustentação para ele. O plano foi muito útil naquele momento porque deu perfil claro ao governo para ganhar o plebiscito e reinstaurar o presidencialismo no Brasil. O objetivo era o de lançar uma política de estabilização com crescimento. O plano foi aceito por todas as correntes políticas mas quando chegou a hora de colocá-lo em execução as tensões da sociedade brasileira eram tão grandes que ninguém queria sentar em torno da mesa para discutir nada. O presidente Goulart achou conveniente abandonar o plano. Eu me afastei e voltei para a Sudene.

Conforme Daniel Aarão Reis Filho (2010), a posse de Goulart abriu um dos períodos mais intensos da vida republicana brasileira, marcado, sobretudo, pelo protagonismo dos movimentos populares. A partir de meados de 1962, houve uma intensificação desses movimentos, sendo que as greves não mais se limitavam a formular demandas econômicas, mas a intervir no processo político.

Para analisar o crescimento do movimento sindical e operário, bem como o período de 1945 a 1964, Angela de Castro Gomes (2010) adota o conceito de trabalhismo, a fim de dialogar com a categoria explicativa do populismo na política brasileira. O trabalhismo se afasta da ideia de manipulação política e retoma as experiências partidárias e sindicais do período, rejeitando a ideia de uma classe trabalhadora passiva e sem consciência, manipulada por políticos.

A partir dos anos 1940, mais especificamente, dos anos 1950,

[...] havia um forte sentimento de esperança, caracterizado por uma marcante consciência da capacidade de intervenção humana sobre a dinâmica da história, buscando-se implementar um projeto de nação comprometido com o desenvolvimento social. Acreditou-se no nacionalismo, na defesa da soberania, nas reformas das estruturas socioeconômicas do país, na ampliação dos direitos sociais e trabalhistas. (Ferreira, 2010, p. 171)

Ferreira (2010) destaca que a efervescência da época se refletia em um parlamento atuante, com destaque para o PTB, em manifestações coletivas da cidadania, na qual a representação do reformismo nacionalista impulsionava a vida política.

Ao longo deste capítulo procuramos demonstrar que, na conjuntura delineada durante o governo João Goulart, a ascensão dos movimentos sociais recolocou a questão da necessidade de reformas, o que incluía também o setor saúde. A proposta de uma reforma no setor e de um Plano Nacional de Saúde, que constituiu o cerne dos debates da 3ª Conferência Nacional de Saúde, trouxeram novamente para a agenda pública as discussões sobre o formato institucional do Ministério da Saúde e sobre o caráter fragmentário e corporativo dos serviços, como veremos no capítulo 3.

Todavia, tal proposta seria interrompida com os novos rumos que o país assumiu após a ascensão do ‘bloco de poder multinacional e associado’ no comando do Estado brasileiro, nas palavras de René Dreifuss (1987), a partir do golpe de 1964. No campo da saúde, essas orientações se traduziriam na clara opção pelo fortalecimento das ações no âmbito da

previdência, o privilegiamento do fornecedor privado e a ampliação do modelo hospitalocêntrico.

## **Capítulo 3**

### **A Conferência de 1963: diretrizes para uma nova Política Nacional de Saúde**

### 3.1 Uma visão geral sobre a 3ª Conferência e seus Anais

*A 3ª Conferência revestiu-se de especial significado na medida em que propôs reforma profunda na estrutura sanitária do país e, pela primeira vez, fixou com clareza uma Política Nacional de Saúde capaz de atender às necessidades do nosso povo a custos suportáveis pela Nação. Sob esse aspecto ela se constituiu num marco importante da história do pensamento dos sanitaristas brasileiros.*

*[...]*

*Adotou, então, a 3ª Conferência Nacional de Saúde a tese da Municipalização com o objetivo de descentralizar a execução das ações básicas de saúde, de modo a criar uma estrutura sanitária verdadeiramente nacional e flexível o bastante para adequar-se à realidade econômica, política e social da comunidade, num país de tão grandes diferenças regionais. (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.3)*

O excerto acima é parte da apresentação redigida, em 1992, pelo ex-ministro da Saúde Wilson Fadul, último titular da pasta antes do golpe de 1964, para a abertura dos Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada durante sua gestão, em 1963.

Este capítulo tem por intuito proceder a análise e a discussão dos Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde, bem como das propostas formuladas e encaminhadas durante o encontro. As questões que nos orientam para tal processo analítico são: qual o papel da saúde no governo João Goulart? No que sua política para o setor diferia daquelas formuladas em conjunturas anteriores? E, por que, 13 anos após a realização da 2ª CNS, o governo decidiu convocar um encontro nacional para discutir a formulação de um Plano Nacional de Saúde e a elaboração de uma Política Nacional de Saúde, num momento de crise política, econômica e social, praticamente às vésperas do golpe civil-militar de 1964?

Ao contrário dos Anais e Relatórios das demais conferências realizadas entre 1941 e 2011, o documento referente à 3ª CNS não foi publicado pelo Ministério da Saúde e, sim, por iniciativa do Movimento Socialista de Saúde do Partido Democrático Trabalhista (PDT) e da

Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, por meio de sua Fundação Municipal de Saúde, no início da década de 1990<sup>40</sup>.

A 3ª CNS pretendeu estabelecer as diretrizes para um Plano Nacional de Saúde, o qual deveria definir os objetivos principais da política sanitária preconizada pelo governo João Goulart. A partir da análise da situação sanitária da população brasileira, a tese da municipalização dos serviços de saúde tornou-se o cerne desta política. Desde a década de 1910, as propostas de saneamento e saúde integravam estratégias de fortalecimento da autoridade estatal, caracterizadas pela concentração e verticalização das ações no governo central, cujo processo centralizador adquiriu feições de projeto de Estado a partir de 1930 (Lima, Fonseca e Hochman, 2005).

No início dos anos 1960, tal modelo não era mais considerado adequado à realidade nacional, propondo-se, então, a incorporação dos municípios em uma rede básica de serviços médico-sanitários, tida como indispensável para a melhoria das condições de vida da população. Tal entendimento se aliava à visão de que a saúde do povo brasileiro seria consequência do desenvolvimento econômico nacional, como observa-se no discurso proferido por João Goulart, durante a abertura da 3ª CNS, em 1963.

A política de estruturar uma rede básica de serviços médico-sanitários, alcançando todo o território nacional, serve justamente a este propósito, de melhorar as condições sanitárias do País, reduzindo os riscos de mortes prematuras. De outra parte, o Governo mantém como ponto fundamental de sua política, as reformas indispensáveis da estrutura econômico-social do Brasil para que seja intensificado o desenvolvimento nacional e a população brasileira possa, assim, atingir a elevados níveis de saúde [...]. (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.27)

Ao redigir, em 1992, a apresentação dos Anais da Conferência de 1963, Wilson Fadul reconheceu uma espécie de continuidade das propostas deste encontro no pensamento do Movimento da Reforma Sanitária, que ganha peso ao longo dos anos 1980. Este movimento foi a grande matriz da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e teve como resultados práticos a criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (Escorel e Bloch, 2005).

---

<sup>40</sup> O município de Niterói foi um dos pioneiros na adoção de estratégias de organização do sistema local de saúde, baseadas em diretrizes de integração interinstitucional, hierarquização e integralidade das ações. Já no início dos anos 1980, estas diretrizes norteavam as Ações Integradas de Saúde (AIS) e posteriormente o Sistema Unificado de Saúde (SUDS), precursores do SUS. Conforme Senna e Cohen (2002), o Projeto Niterói (1982-1989) foi uma das experiências pioneiras e exitosas de ações integradas de saúde no país. Em 1989, o município elegeu um prefeito proveniente do movimento sanitário. Sua administração contribuiu no processo de municipalização da saúde no sistema local, dando início à implantação efetiva do SUS. O Projeto Niterói passou, então, a fornecer vários profissionais à Secretaria Municipal de Saúde, que incorporou a Fundação Municipal de Saúde, com a finalidade de gerenciamento dos serviços e unidades reunidas no SUS.

Na realidade, os projetos para o setor saúde no governo Goulart, apesar de interrompidos pelo golpe de 1964, mantiveram vivas questões e se sustentaram nos debates, atualizados no início dos anos 1980, durante a conjuntura da redemocratização do país. Quase 30 anos depois, às vésperas da 9ª Conferência, realizada em 1992, com o tema ‘Saúde: Municipalização é o Caminho’ – na qual se discutiu a regulamentação e a implementação do Sistema Único de Saúde – a edição dos Anais da 3ª CNS, até então inéditos, mostrava-se oportuno e atual para o momento então vivido. Conforme Wilson Fadul, no texto da apresentação dos Anais:

A 8ª Conferência, mesmo sem o conhecimento preciso destes documentos [os Anais da 3ª CNS], foi capaz de sugerir aos constituintes de 88 a institucionalização de um sistema unificado e descentralizado de saúde – S.U.D.S – ainda que não tivesse podido identificar o conjunto de interesses que forçosamente haveriam de se opor à sua implantação.

Agora que a 9ª Conferência, passados 29 anos, se propõe a recuperar a proposta municipalista e manifesta preocupação com os problemas de saúde, recolocando o debate nos termos próprios à sua correta solução, torna-se imprescindível que a reforma sanitária projetada alcance seus objetivos sem se deter nos obstáculos em que se transformaram os interesses comerciais cristalizados ao longo de toda uma geração. (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.4)

O texto de Fadul é um discurso que retrata a conjuntura político-econômica da década de 1990 e está permeado pela memória de quem protagonizou, ao lado de outros atores, a 3ª CNS.

Nos anos 1990, já durante o governo Fernando Collor de Mello (1990-1992), acentuou-se o redirecionamento do Estado em direção a um reajuste à política neoliberal, com a abertura do mercado e início de um programa nacional de desestatização. No campo da saúde, tal orientação se traduziu numa desconstrução política das conquistas da década de 1980, vinculando a saúde ao mercado e às parcerias com ‘organizações’ da sociedade civil (Bravo, 2006).

Para o Partido Democrático Trabalhista (PDT) – sigla criada por Leonel Brizola, o qual, ainda no exílio, no final dos anos 1970, aproximou políticos e intelectuais, como Wilson Fadul, pela “refundação do trabalhismo na vida partidária nacional”, – o momento revestiu-se de especial significado, sobretudo político, para a retomada da 3ª CNS. Para seus fundadores, o PDT representava uma espécie de continuidade do Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) de Vargas e Goulart<sup>41</sup>.

---

<sup>41</sup> À época, o Supremo Tribunal Eleitoral concedeu a legenda PTB ao grupo liderado por Ivete Vargas, sobrinha neta de Getúlio Vargas, reunindo políticos como Jânio Quadros e antigos correligionários de Carlos Lacerda. Por

Em tal contexto, publicar os Anais da 3ª CNS, além de reafirmar o PDT como herdeiro histórico do PTB, também cumpriria o duplo papel de inserir o partido nos debates da 9ª CNS e destacar as contribuições de seus quadros para a 8ª CNS e a conquista do SUS.

A 3ª Conferência, realizada no Rio de Janeiro, entre os dias 9 e 15 de dezembro de 1963, foi considerada pelo próprio presidente João Goulart uma das principais realizações de seu governo.

Na mesma linha de valorização do homem brasileiro e de sua integração na comunidade nacional, o Governo vem procurando formular e executar uma política de saúde pública que, ainda quando não chegue à solução dos graves problemas médico-sanitários do País pelo menos impeça que se agravem.

[...]

O núcleo da nova política sanitária, fruto da III Conferência Nacional de Saúde, é a municipalização dos serviços de saúde, com a colaboração do governo federal, dos governos estaduais e dos municipais. Seu objetivo capital é por ao alcance do povo serviços municipais que lhe proporcionem os cuidados médico-sanitários indispensáveis à defesa da sua saúde. (Goulart, 1964, p.XXIII e 192)

Em 19 de junho de 1963, Wilson Fadul encaminhou a Goulart o projeto para o decreto de convocação da 3ª CNS, no qual destacava a importância de “uma análise realista das dificuldades enfrentadas, dos erros cometidos, das vitórias assinaladas na luta contra os males que afligem a população brasileira”. O motivo da escolha da cidade do Rio de Janeiro para a reunião não é especificado. No artigo 2º das disposições gerais, ficaria estabelecido que “a finalidade da 3ª Conferência Nacional de Saúde será o exame geral da situação sanitária nacional e aprovação de programas de saúde que, se ajustando às necessidades e possibilidades do povo brasileiro, concorram para o desenvolvimento do país” (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.5 e 7).

O temário do encontro foi dividido nos tópicos: ‘Situação sanitária da população brasileira – apreciação geral do problema’; ‘Distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal’; ‘Municipalização dos serviços de saúde’; e ‘Fixação do Plano Nacional de Saúde’. O Ministério da saúde apresentou quatro teses para cada um dos temas.

Quanto à composição do evento, estabeleceu-se que o encontro, assim como os anteriores, deveria ser presidido pelo ministro da Saúde, o qual, em sua ausência, seria substituído pelo diretor geral do Departamento Geral de Saúde, Arnaldo Beiró de Miranda. O

---

considerar que tais figuras não coadunavam com os ideais trabalhistas históricos do PTB, a agremiação liderada por Brizola optou por formar um novo partido, o PDT. A informação está disponível no *website* do PDT: <[www.pdt.org.br](http://www.pdt.org.br)>.

cargo de secretário geral coube a Mário Magalhães da Silveira, diretor da Divisão de Organização Sanitária do Ministério da Saúde e presidente da Sociedade Brasileira de Higiene (SBH). Também foi definido que os partícipes do evento seriam representantes oficiais dos serviços de saúde pública federais, estaduais e municipais, entidades científicas e órgãos integrados nos programas de desenvolvimento econômico e social.

O direito a voto foi reservado aos diretores gerais do Departamento Nacional de Saúde (DNS), Departamento Nacional da Criança (DNCr) e Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu); ao diretor da Escola Nacional de Saúde Pública; ao diretor do Instituto Oswaldo Cruz; ao superintendente da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fundação Sesp); aos membros do Conselho Nacional de Saúde; ao chefe, ao subchefe e aos assessores do gabinete do ministro da Saúde; ao superintendente da Campanha de Erradicação da Malária, aos membros da Comissão Organizadora da Conferência; aos diretores de serviço e de direções técnicas do Ministério da Saúde; aos delegados federais da Saúde e delegados federais da Criança; ao secretário executivo do Grupo de Planejamento do MS; ao diretor da Divisão de Higiene e Segurança do Trabalho do Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS); aos representantes dos Serviços de Saúde das Forças Armadas, do Serviço Nacional de Assistência Médica (Senam), da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (Sudene), da Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia (SPVEA) e da Superintendência de Valorização da Fronteira Sudoeste (SPVFS); ao presidente do Conselho Médico da Previdência Social; ao diretor geral do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência da Previdência Social (Samdu); aos diretores e secretários de Saúde dos territórios e estados, os quais poderiam ser acompanhados por assessores.

Ressalta-se que as Secretarias de Saúde dos Estados de Santa Catarina, São Paulo e Alagoas, assim como as Divisões de Saúde dos Territórios de Roraima e de Rondônia, não enviaram representação. Também ausentes o superintendente da Campanha de Erradicação da Malária, o diretor da Divisão de Higiene e Segurança do Trabalho do MTPS, e representantes da Sudene, do SPVFS e do Samdu.

Inicialmente, a comissão organizadora deveria ser composta por 12 membros, no entanto, acabou contando com 13 pessoas, com as nomeações de José Aluísio de Castro e Odair Behn Franco quatro dias antes da realização do evento.

Dada a conjuntura em que foi realizada e o fato de abordar temas desafiadores para a época, a 3ª Conferência, com suas propostas de descentralização e de crítica ao caráter corporativo dos serviços médico-assistenciais, ao contrário das conferências anteriores,

constituiu-se também em um fórum político. Todavia, seu formato, ainda, configurou-se como uma reunião administrativa do governo, uma vez que só puderam ser apresentados documentos e trabalhos de órgãos federais.

O diagnóstico da situação sanitária no país, para a elaboração de um Plano Nacional de Saúde, itens A e D do temário oficial, mereceram especial atenção no aviso ministerial enviado aos governos estaduais.

Entre os objetivos colimados pelo Grupo de Planejamento deste Ministério, figura o incentivo ao intercâmbio com os Estados, visando a obter a indispensável cooperação das organizações públicas e privadas, que se dedicam a atividades médico-sanitárias, com o propósito de favorecer a preparação de programas anuais, convenientemente ajustados às diretrizes gerais do Plano Nacional de Saúde.

[...]

O conhecimento dos principais problemas que enfrenta a administração sanitária desse Estado, o levantamento sumário das principais necessidades no âmbito das realizações da Saúde Pública, a estimativa dos recursos que seriam necessários ao atendimento das questões mais importantes, constituíram um valioso subsídio ao trabalho preliminar que está sendo levado a efeito com o objetivo de ordenar e racionalizar o esforço administrativo federal em favor da melhoria das condições sanitárias da população brasileira. (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.4)

Os dados obtidos por meio de questionários enviados aos governos dos estados e dos territórios, juntamente com informações do Serviço Nacional de Bioestatística, Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e estudos médico-sanitários do período reunidos nos Anais da 3ª CNS, nos fornecem, hoje, um valioso panorama estatístico-social da realidade brasileira dos anos 1950 e do início da década de 1960, que ultrapassam as contribuições para o conhecimento do setor saúde.

São informações sobre saneamento básico (percentual de municípios servidos com redes de água e redes de esgoto), alimentação, incluindo o consumo médio calórico e proteico por regiões do país, desnutrição, renda per capita e população economicamente ativa empregada por setor, taxa de urbanização, taxa de alfabetização, esperança de vida ao nascer do brasileiro, coeficientes de mortalidade geral e de mortalidade infantil, taxas de mortalidade por doenças transmissíveis, prevalência e incidência de doenças infectocontagiosas (como malária, tuberculose, lepra, esquistossomose, doença de Chagas, ancilostomose, diarreias infecciosas, peste e febre amarela), além de dados sobre número de leitos e taxa de ocupação em hospitais públicos, privados e de autarquias.

Também pontuamos que, em seu discurso, durante a cerimônia de abertura da 3ª Conferência Nacional de Saúde, Wilson Fadul destacou, dentre os princípios que deveriam orientar a formulação da política sanitária mais “consentânea com os interesses do país”, no

item 6, o “fortalecimento da indústria farmacêutica estatal, objetivando o aumento da produção de agentes químicos-profiláticos necessários ao tratamento das grandes endemias que prevalecem entre as camadas mais pobres da população.” (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.29 e 30).

### **3.2 ‘Situação sanitária da população brasileira’: um diagnóstico**

Conforme levantamento realizado pelo grupo técnico do Ministério da Saúde que elaborou o documento base para a discussão do tema A – ‘Situação sanitária da população brasileira: apreciação geral do problema’ – entre 1949 e 1959, a esperança de vida ao nascer do brasileiro havia sido de 42,3 anos, à frente somente de países como o Egito, 33,5 anos, e Índia, 26,8 anos. Entre os países que figuravam na lista com maior média de expectativa de vida da população, estavam o Reino Unido e os Estados Unidos, com 68,3 anos, e 67,4, respectivamente. Dados do Serviço Federal de Bioestatística apontavam, em 1960, um coeficiente de mortalidade infantil no Brasil de 162,5 por mil nascidos vivos<sup>42</sup>.

No quadro geral, as doenças transmissíveis evitáveis aparecem como responsáveis pela morte de 142,9 pessoas por mil habitantes (dados relativos ao ano de 1959, nos municípios de Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo). Em Fortaleza e Recife, esse número elevava-se para as alarmantes cifras de 406,8 e 287,7 por mil habitantes, ao passo que São Paulo e Rio de Janeiro registraram, no mesmo período, 52,7 e 136,3 mortes por doenças infecciosas e parasitárias por mil habitantes.

Outros dados compilados nos Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde nos ajudam a compor o retrato das condições de vida do brasileiro e a entender melhor a urgência com que se debatia a formulação e a implementação de uma Política Nacional de Saúde adequada às ‘necessidades e possibilidades’ da população. O número de analfabetos entre a população de dez anos ou mais era estimado em 52% (percentual registrado em 1950) e a renda per capita no país, em 1960, fora de 260 dólares. Na Argentina e Colômbia, os números verificados no mesmo ano foram de 375 e 298 dólares, respectivamente, e, nos Estados Unidos, país com maior rendimento per capita, 2.460 dólares<sup>43</sup>. Quase 64% da população vivia

---

<sup>42</sup> Só a título de comparação, a projeção para 2014 da taxa de óbitos de crianças de até um ano no Brasil é de 19,6 por mil nascidos vivos (IBGE, 2004).

<sup>43</sup> Ver J. O. Coutinho. Óbices para a solução dos problemas médico-sanitários em áreas de subdesenvolvimento. *Arquivos de Higiene e Saúde Pública* – Vol. XXVIII, nº 96 – Junho, 1963, apud Fundação Municipal de Saúde, 1992.

em áreas rurais<sup>44</sup> e 60,3% da população economicamente ativa estava empregada em atividades do setor primário<sup>45</sup>.

Do total de 2.780 municípios existentes em 1960, menos da metade, 48,7%, possuía rede de abastecimento de água e, somente 32,7% contava com sistema de esgoto. Novamente são os estados do Nordeste que apresentam os piores índices, com 655 municípios à época, apenas 22,1% destes eram servidos por rede de água e, 11% por rede de esgoto<sup>46</sup>.

Quanto ao quadro nosológico, as principais doenças apontadas que acometiam a população no período eram as doenças de massa, representadas majoritariamente pela tuberculose, malária, lepra, esquistossomose, doença de Chagas, ancilostomose, tracoma, calazar, boubá, filariose, doenças de carência alimentar e diarreias infecciosas, além da prevalência de doenças pestilenciais como a varíola.

A malária estava presente em 90% do território brasileiro, sendo que em 1961 haviam sido registrados 40.349 casos da doença, com 15.089 casos no Maranhão<sup>47</sup>. A tuberculose apresentava coeficientes de incidência ainda considerados altos, apesar da estabilização dos coeficientes de mortalidade, a partir de 1953. O coeficiente de incidência da tuberculose, em 1962, era calculado em torno de 170 por mil habitantes, sendo de aproximadamente 500 mil o número de tuberculosos no país, dos quais apenas 100 mil estavam em tratamento especializado<sup>48</sup>. O número de pessoas acometidas pela hanseníase era estimado em 156 mil – concentradas principalmente na Região Norte – o que correspondia a um coeficiente médio de prevalência de 1,3 por mil habitantes, colocando o Brasil entre as regiões de mais alta endemicidade da doença no mundo<sup>49</sup>.

Com relação à esquistossomose, a estimativa era de 4 a 6 milhões de infectados<sup>50</sup>, “número que dá uma ideia das implicações de ordem econômica e social decorrentes da doença” (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p. 89).

A parasitose distribui-se em extensas áreas do país, abrangendo cerca de 1/3 do seu território. A Zona de mais endemicidade corresponde à faixa litorânea que se

---

<sup>44</sup> Ver *Anuário Estatístico do Brasil - 1962* - I.B.G.E, apud Fundação Municipal de Saúde, 1992.

<sup>45</sup> Ver R. S. Mascarenhas. Administração em saúde pública no Brasil. – *I Seminário de Saúde Pública* – Associação Médica Brasileira – Fortaleza, 21/22 outubro, 1963, apud Fundação Municipal de Saúde, 1992.

<sup>46</sup> Ver Ministério da Saúde. Serviço Federal de Bioestatística, apud Fundação Municipal de Saúde, 1992.

<sup>47</sup> Ver Ministério da Saúde. Serviço Federal de Bioestatística, apud Fundação Municipal de Saúde, 1992.

<sup>48</sup> Ver Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Tuberculose. Departamento Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, apud Fundação Municipal de Saúde, 1992.

<sup>49</sup> Ver Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Lepra. Departamento Nacional de Saúde. Ministério da Saúde (1963), apud Fundação Municipal de Saúde, 1992.

<sup>50</sup> Ver S. B. Pessoa. *Endemias Parasitárias da Zona Rural Brasileira*. Fundo Editorial Procinex. São Paulo, 1963, apud Fundação Municipal de Saúde, 1992.

estende do Rio Grande do Norte à Bahia, onde têm sido registradas localidades cuja média de infecção atinge a elevada cifra de 90%. (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p. 89)

A doença de Chagas prevalecia essencialmente nas áreas rurais, relacionada ao tipo das habitações. Estimava-se, em 1960, em três milhões o número de infectados pelo *Trypanosoma Cruzi*, sendo a grande maioria de casos assintomáticos<sup>51</sup>.

No quadro sanitário brasileiro, a endemia com mais alta dispersão, conforme levantamentos de 1961, era a ancilostomose<sup>52</sup>.

A maioria da população rural mal alimentada, descalça e não dispendo de habitação dotada de fossa, continua lançando os dejetos na superfície do solo, contribuindo para a difusão da parasitose.

Com base nos inquéritos realizados, calcula-se a existência de, aproximadamente, 50 milhões de portadores de helmintos com variável grau de infecção, entre os quais contam-se cerca de 25 milhões de parasitados pelos ancilostomídeos, verificando-se menor intensidade de infecção somente nos centros urbanos e na zona semiárida do Nordeste. (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p. 97)

As diarreias infecciosas eram consideradas um dos principais problemas de saúde pública, responsáveis pela maior parte dos casos de mortalidade infantil. Ocasionalmente, anualmente, em média, 110 a 140 mil óbitos de crianças até um ano. No Nordeste eram também a principal causa de morte entre a população adulta<sup>53</sup>.

Apesar de não existirem dados suficientes para o conjunto do Brasil, estimou-se, em base nos elementos disponíveis, que tenham ocorrido no país, na década de 1950 a 1959, de 1.100.000 a 1.400.000 óbitos de infantes por diarreias infecciosas, mostrando-se, outrossim, que esse grupo de doenças constitui a principal causa de morte entre as crianças brasileiras.

[...]

A sua alta incidência é um reflexo das precárias condições higiênicas em que vive grande parte das comunidades brasileiras, estando a gravidade do quadro clínico – traduzido na elevada mortalidade – correlacionada com o desfavorável estado de nutrição dos grupos socialmente menos favorecido. Vinculadas, assim as causas higiênico-sociais, é óbvio que o seu controle está na dependência do soerguimento das condições socioeconômicas do país. (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p. 107)

Entre as doenças ocasionadas por carência alimentar, a desnutrição, tida como “grande e espoliadora endemia”, relacionava-se também às causas do bócio e da tireoide. A estimativa

---

<sup>51</sup> Ver Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Endemias Rurais – DNERu, apud Fundação Municipal de Saúde, 1992.

<sup>52</sup> Ver Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Endemias Rurais – DNERu, apud Fundação Municipal de Saúde, 1992.

<sup>53</sup> Ver Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Endemias Rurais – DNERu, apud Fundação Municipal de Saúde, 1992.

era de que o brasileiro consumia em média, em 1960, 2.700 calorias e 20 gramas de proteínas animais diárias. Todavia, os cálculos fixavam a necessidade média calórica diária do homem adulto brasileiro entre 20 e 59 anos em 2.860 calorias. Na documentação consultada, o consumo calórico e proteico é sempre correlacionado à renda per capita. Nos Estados Unidos, por exemplo, onde a renda per capita descrita era de 2.164 dólares, o consumo médio diário de calorias relatado era de 3.130 e o de proteínas animais de 68 gramas diárias por pessoa. No Nordeste brasileiro, investigações encontraram um déficit calórico de 30% e, proteico, de 50%<sup>54</sup>.

Nos relatórios, a solução indicada para tais problemas seria a superação do subdesenvolvimento, no qual “enraízam-se” as causas da má alimentação do homem no Brasil, a saber: deficiência na produção de gêneros alimentícios; distorções nos sistemas de transporte, armazenamento e distribuição dos alimentos; escasso poder aquisitivo da população, sobretudo rural; e reduzida capacidade da população para escolher os alimentos a serem consumidos (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.105).

Entre as doenças pestilenciais, a varíola, já quase extinta no mundo, ainda se apresentava sob a forma endêmica, com surtos epidêmicos no país. Na América do Sul, os únicos focos da doença eram o Brasil e o Equador. Com relação à peste, entre 1958 e 1962, haviam sido localizados 280 focos, em 87 municípios, com registro de 211 pessoas enfermas. Já a febre amarela urbana, que havia sido declarada erradicada no Brasil em 1958, durante a 15ª Conferência Sanitária Pan-americana, continuava a existir em sua forma silvestre, principalmente na região da Floresta Amazônica.

O quadro nosológico da população brasileira mostra nítida predominância das doenças transmissíveis, as quais, no Brasil, assumem o aspecto típico das doenças de massa, acometendo extensamente, em caráter endêmico, número avultado de pessoas, evidenciando a influência dos baixos níveis de vida que gravam a maioria das coletividades brasileiras.

A fragilidade da infraestrutura sócio-econômica de grande parte dos países, retratada no pauperismo e no baixo nível educacional de seus grupos populacionais, dificulta sobremaneira ao homem brasileiro alcançar ou preservar sua saúde, em decorrência dos baixos padrões de moradia, alimentação e hábitos higiênicos que lhe impõem as condições do subdesenvolvimento. (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.66)

Os Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde consideram que tais informações sobre o quadro sanitário e nosológico e as condições de vida do brasileiro eram poucas e carentes de

---

<sup>54</sup> Ver D. Costa. ‘Problemas de nutrição e saúde pública’. *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais* – Vol. XIV, nº 3 – jul/set de 1962, apud Fundação Municipal de Saúde, 1992.

maior consistência, apontando para a necessidade da reestruturação dos serviços de estatística no país. A reestruturação proposta indicou a fusão do Serviço Federal de Bioestatística do Ministério da Saúde e demais serviços de estatística da pasta em um único órgão (Fundação Municipal de Saúde, 1992). Influência do pensamento e do trabalho de Celso Furtado, no qual, o planejamento enquanto técnica administrativa implicava em conhecer a realidade nacional e das diferentes regiões do país. No *Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social*, além de dados sobre macroeconomia, Furtado apresenta dados sistematizados sobre saúde, educação transportes, recursos minerais, energia, petróleo, agricultura, indústria e vários outros setores.

A preocupação com o perfil estatístico aponta para alguns aspectos do Movimento da Reforma Sanitária na Inglaterra no século XIX e para os inquéritos e os relatórios sobre as condições sanitárias da população, que incluíam o ambiente físico e social. Edwin Chadwick<sup>55</sup> e seu estudo sobre mortalidade e níveis de renda são citados logo no início da apresentação da tese relativa ao subtema ‘Saúde e desenvolvimento’, abordado no item A do temário da 3ª CNS, ‘Situação sanitária da população brasileira’.

A existência de uma correlação positiva entre a renda nacional dos diversos países com os indicadores dos níveis de saúde é de uma evidência meridiana.

A importante correlação, já suspeitada desde longa data, recebeu sua primeira comprovação de cunho científico, baseada em linguagem estatística, com as pesquisas realizadas por Sir Edwin Chadwick, em meados do século passado, na Inglaterra, quando ficou comprovada a vinculação entre a mortalidade e os níveis de renda apresentados pelas famílias estudadas. (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.44)

O tema A foi o que recebeu maior número de contribuições para as discussões. Além do relatório oficial do Ministério da Saúde, a comissão técnica encarregada de avaliá-lo recebeu trabalhos das Secretarias de Saúde do Paraná (‘Situação sanitária do Estado do Paraná’), da Paraíba (‘Consideração sobre o obituário geral no Estado da Paraíba’), do Ceará (‘A saúde pública no Estado do Ceará’), Secretaria dos Negócios de Saúde e Assistência Social do Estado de Alagoas (‘Situação sanitária no Estado de Alagoas’), Diretoria Geral de Saúde Pública no Estado do Sergipe (‘Contribuição à 3ª Conferência Nacional de Saúde’),

---

<sup>55</sup> Chadwick foi secretário da comissão criada para verificar a prática e a administração da ‘Lei dos Pobres’ na Inglaterra e responsável, em 1834, por uma emenda a esta lei, restringindo os princípios de assistência. Ele e seus colaboradores usaram inquéritos para concentrar a atenção das autoridades sobre a necessidade de uma reforma sanitária e enfatizar a importância de um estudo sistemático dos problemas de saúde como fundamento da ação administrativa. Seu relatório provou estar a doença, em especial a doença comunicável, relacionada a condições ambientais como lixo, falta de escoamento de dejetos e de abastecimento de água. Como consequência do relatório Chadwick, em 1843, foi criada a Comissão Real para Investigação das Cidades Grandes e Distritos Populosos (Rosen, 1994).

Secretaria de Saúde e Assistência do Estado do Rio de Janeiro ('Situação sanitária da população fluminense – apreciação geral do problema'), Secretaria de Estado dos Negócios de Saúde do Rio Grande do Sul ('Saúde pública no Rio Grande do Sul'), além do estudo do professor da Faculdade de Medicina do Recife, Nelson Chaves ('Nutrição em saúde pública').

Esta comissão foi formada por: Isaías Silva, secretário de Saúde da Paraíba, que presidiu os trabalhos; Amyntor Bastos, representante da Comissão de Saúde da SPVEA, secretário; e Arnaldo Beiró de Miranda, membro da comissão organizadora 3ª CNS e diretor-geral do DNS, relator. Foram membros da comissão: Ladislau Sales, secretário de Saúde de Minas Gerais; Akel Nicolau Akel, representante do estado do Amazonas; Antônio de Melo Arruda, secretário de Saúde do Ceará; Lincoln de Freitas Filho, diretor da Escola Nacional de Saúde Pública; Dagoberto de Miranda Chaves, substituto do diretor do S.N.F.M. Farmácia; Kestner Sefton Neto, delegado federal de Saúde da 7ª Regional de Porto Alegre; e Wilson Lopes de Fontoura.

O tema A centrou-se na tese de que o estado sanitário de uma população era algo intimamente ligado ao estágio de seu desenvolvimento econômico. Tal concepção foi adotada oficialmente no Brasil no 15º Congresso da SBH e inspirou as diretrizes do Plano Trienal para o setor saúde. No documento, o Brasil é interpretado como um país subdesenvolvido, a partir de três indicadores principais, renda nacional per capita, taxa de urbanização e distribuição da população economicamente ativa por setor. Conforme já mencionado, no início dos anos 1960 a renda per capita no país era de 260 dólares, 64% da população vivia em áreas rurais e 60,3% da população economicamente ativa estava empregada no setor primário.

Outros indicadores citados ao longo do relatório e que aqui destacamos são: taxa de alfabetização, saneamento básico e alimentação.

O baixo nível educacional das populações das áreas subdesenvolvidas – poderoso entrave à ação da Saúde Pública – pode ser medido através dos índices de alfabetização que apresentam. Nesse particular, também, a situação do Brasil não é das mais satisfatórias, visto que apresenta proporção muito elevada de analfabetos entre a população de 10 anos e mais de idade, estimado aquele percentual (1950) em 52% [...]. (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.55)

Com relação ao saneamento, o entendimento era de que:

O abastecimento de água potável e o destino adequado dos dejetos – medidas básicas do saneamento do meio físico – representam providências fundamentais, em regiões subdesenvolvidas, para implantação dos serviços de saúde pública, constituindo fatores importantíssimos para o controle das doenças transmissíveis e,

consequentemente, da melhoria do estado sanitário das populações. (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.139)

A alimentação, referida como um problema de saúde pública, igualmente, é relacionada ao subdesenvolvimento. A análise foi fundamentada em estudos que estabeleciam os níveis de alimentação de um grupo humano e seu desenvolvimento econômico e social, utilizando-se de trabalhos como os de D. Costa, *Problemas de Nutrição em Saúde Pública-1962*, e P. Borges, *Alimentação e desenvolvimento econômico-1962* (apud Fundação Municipal de Saúde, 1992).

Realmente, quanto mais altos os índices de desenvolvimento de um país, melhores as características de seu regime alimentar, traduzidas nos níveis ótimos de consumo calórico e proteico “per capita”, bem como na participação maior das proteínas de primeira qualidade na dieta.

[...]

“Mesmo considerando o inegável progresso que sobre períodos anteriores apresenta a atual ração média teórica do brasileiro, organizada à base das disponibilidades alimentares do país, o seu conjunto ainda está longe de atender, em níveis satisfatórios, às necessidades da população, com o agravante de não ser uniforme o seu consumo em território nacional.”

[...]

Não obstante, cumpre reconhecer as repercussões nosológicas do problema alimentar, cuja solução está intimamente vinculada à superação do subdesenvolvimento [...]. (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.103-105)

Pontuamos que tais ideias se pautavam em uma concepção ampliada de saúde, compreendo o bem estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou de enfermidades. Esta visão, apesar de endossada pela OMS desde os anos 1950, só ganharia força institucional a partir da década de 1970, quando Halfdan Mahler<sup>56</sup> foi nomeado diretor da Organização, e com a aprovação dos postulados da Conferência de Alma-Ata, realizada no Cazaquistão, em 1978<sup>57</sup>, 15 anos depois da 3ª CNS.

---

<sup>56</sup> O médico dinamarquês Halfdan Mahler foi eleito diretor da OMS em 1973, sendo reeleito por sucessivos mandatos e permanecendo na organização até 1988. Durante sua gestão pôs em prática mudanças de orientação quanto às ações até então desenvolvidas pela instituição, levando adiante propostas dentro da OMS que priorizavam o desenvolvimento de serviços básicos de saúde para atender a populações mais pobres, considerados como predecessores dos programas de Atenção Primária à Saúde que apareceriam mais tarde (Cueto, 2006).

<sup>57</sup> Conforme o item V da Declaração de Alma-Ata, a responsabilidade pela saúde dos povos seria uma responsabilidade dos governos, mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Tais medidas pautavam-se essencialmente no que foi denominado de Atenção Primária à Saúde (APS). Com a APS pretendia-se uma completa reorientação das ações médico-sanitárias e assistenciais, mediante o cuidado e a abordagem integrais, e a adoção de tecnologias adequadas às diferentes realidades locais. Ao mesmo tempo, propunha-se o treinamento do pessoal leigo local (Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978).

O estudo que embasou as discussões do tema ‘Situação sanitária da população brasileira’ apresenta, ainda, informações sobre instituições hospitalares e para-hospitalares, indicando que, apesar de “extensa a rede nosocomial, com apreciável número de leitos”, esta permanecia ociosa e não atendia às necessidades da população, “em virtude de não apresentar o aproveitamento desejável”. Entre os problemas, é dada especial atenção à falta de um planejamento adequado, “em obediência às características de cada área servida, os diversos aspectos concernentes à distribuição regional equânime desses estabelecimentos e aos tipos de construção e capacidade de atendimento adaptáveis às necessidades locais.” (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.150-151).

O texto que compõe o Tema A dos Anais da 3ª Conferência, compreendendo 136 páginas, de um total de 245, constitui um diagnóstico da situação do brasileiro e das ações de saúde no país durante a década de 1950 e início dos anos 1960. Em resumo, a situação sanitária assumia as seguintes características:

- 1 – Predominância das doenças ditas de massa;
  - 2 – Persistência de doenças transmissíveis controláveis por recursos imunitários há muito disponíveis;
  - 3 – Focos residuais de pestilência;
  - 4 – Precariedade do saneamento do meio físico, beneficiando, apenas pequena parcela da coletividade;
  - 5 – Problema alimentar e habitacional prevalentes nas áreas subdesenvolvidas e nas populações marginalizadas dos grandes centros urbanos;
  - 6 – Carência de serviços de assistência médico-sanitárias nas coletividades rurais;
  - 7 – Baixo rendimento do armamento hospitalar e serviços de saúde pública em geral (duplicidade de órgãos, inexistência de planejamento válido, ausência de integração de atividades preventivas e curativas) e;
  - 8 – Precariedade de serviços de estatísticas.
- (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.170)

Diante deste quadro, a comissão que avaliou o tema aprovou as seguintes recomendações (ver anexo A):

- 1) Como medidas gerais:
  - a) todas as que objetivam impulsionar o processo de desenvolvimento econômico do país;
  - b) integrar os programas de Saúde Pública no programa global de desenvolvimento;
  - c) incentivar os programas de preparo e aperfeiçoamento de pessoal técnico de Saúde Pública, bem como adotar efetivamente uma política de aproveitamento desse pessoal;

- d) elaborar um plano de pesquisa aplicada aos problemas de saúde da população brasileira, em cuja solução tenham destacada participação seus próprios cientistas, para atender as peculiaridades que os caracteriza.
- 2) Como medidas setoriais:
- a) intensificar a luta contra as doenças de massa, prevalentes no país;
  - b) incentivar ao máximo o emprego dos recursos imunitários disponíveis;
  - c) incrementar a implantação dos serviços de saneamento básico;
  - d) atender às necessidades mínimas de assistência sanitária às populações do interior, promovendo a formação de pessoal técnico auxiliar [nos próprios municípios] para o desenvolvimento de tais atividades;
  - e) promover a integração das atividades preventivas e curativas nas unidades sanitárias e o melhor aproveitamento da rede hospitalar existente;
  - f) intensificar a fabricação de produtos profiláticos e terapêuticos pelos órgãos oficiais que operam neste setor e expandir a indústria química-farmacêutica nacional, visando, principalmente, a redução de custos dos medicamentos;
  - g) atenção especial para os serviços de bioestatística, visando o melhor conhecimento dos dados.
- (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p. 234-235).

O governo nacional-reformista empreendido pelo presidente João Goulart e sua equipe buscava a elevação do nível de vida dos grupos de renda mais baixa, a reformulação de estruturas consideradas ultrapassadas, principalmente a estrutura agrária e a redução das desigualdades regionais. Para tanto, apostou no planejamento como técnica administrativa, incluindo, além da economia, programas setoriais nas áreas de saúde, educação, transporte e agricultura, consideradas como ‘pré-investimentos’ para o desenvolvimento do ‘fator humano’, tendo, entre os objetivos, corrigir as distorções do sistema sanitário brasileiro, conforme demonstrado no pronunciamento de Goulart na abertura da 3ª CNS:

De outra parte, o Governo mantém como ponto fundamental de sua política, as reformas indispensáveis da estrutura econômico-social do Brasil, para que seja intensificado o desenvolvimento nacional e a população brasileira possa, assim, atingir a elevados níveis de saúde, como os já existentes em outros países que realizaram estas reformas, etapas necessárias do progresso da sociedade humana. (Goulart, 1992, p.27)

A saúde no governo João Goulart deve ser compreendida no contexto das reformas de base. Cumpriria um papel de “valorização do homem brasileiro e de sua integração na comunidade nacional”, constituindo as questões sanitárias “temas de grande atualidade” e “um problema de superestrutura”, porque decorrente das condições econômicas e sociais, tornando-se necessários programas que beneficiassem às camadas da população que não podiam pagar, com recursos próprios, por serviços de saúde (Goulart, 1964, p. XXIII; Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.24-27).

### **3.3 Municipalização das ações: adequação ao nível local**

A ideia de que a saúde de uma população seria inseparável do processo nacional de desenvolvimento vinha ganhando espaço desde os anos 1950, orientando, cada vez mais, sanitaristas e técnicos do Ministério da Saúde. Para Gilberto Hochman (2009), assim como Cristina Fonseca (2007) e Sarah Escorel e Luís Antônio Teixeira (2008), a 3ª Conferência Nacional de Saúde representou o auge deste pensamento.

Em 1963, considerava-se necessário “repensar criticamente a Organização Sanitária Brasileira” e a “correção dos vícios que lhe reduziam o alcance e eficiência: a insuportável centralização que deixava desprotegido um grande contingente da população e a atitude de passividade com que eram aceitas muitas medidas estranhas à nossa realidade”, conforme as palavras do, então, ministro da Saúde Wilson Fadul (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.3).

A tese da municipalização, com o objetivo de descentralizar a execução das ações básicas de saúde, foi adotada como um caminho para se criar uma estrutura sanitária considerada mais adequada à realidade econômica, política e social de um país subdesenvolvido e com vastas diferenças regionais. Como medida indispensável à municipalização dos serviços de saúde, seria necessário também que se discutisse a articulação das atividades sanitárias nos diversos níveis da administração (federal, estadual e municipal), o que foi definido por Fadul como um “primeiro passo para a implantação de um sistema nacional de saúde unificado” (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.3).

No relatório base do item B do temário da 3ª Conferência Nacional de Saúde – ‘Distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal’ – elaborado pelo Ministério da Saúde, com auxílio do Serviço Nacional de Assistência Médica (Senam) e das Secretarias de Saúde dos Estados do Rio de Janeiro, Ceará e Espírito Santo, o debate sobre centralização X descentralização das ações embasa as discussões, apontando para o que é classificado como uma “evolução lenta e difícil” da estrutura administrativa brasileira, “condicionada pela vasta extensão territorial e fundas diferenças de desenvolvimento regional.” (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.178).

No documento, seus elaboradores dedicam-se, logo no início do texto, a reconstruir as razões históricas que haveriam levado ao desenvolvimento de uma estrutura de saúde pública centralizada no governo da União, cujas raízes residiriam na herança de um país monárquico,

com o poder centralizado na corte. Sem deixarem de considerar os êxitos das campanhas contra as doenças pestilenciais encaminhadas por Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, e as ações de saneamento rural propostas por Carlos Chagas, consideram que, nas primeiras duas décadas do século passado, a despeito de viver o país uma república federativa, os problemas de saúde pública eram tratados estritamente no âmbito federal, dada a fragilidade das estruturas estaduais.

Com a Revolução de 1930 e o redirecionamento do Estado para uma política centralizadora-intervencionista; a criação, em 1931, do Ministério da Educação e Saúde Pública; e, principalmente, com os acontecimentos de 1937 e a instauração do Estado Novo, a interferência do poder central na saúde pública dos estados se acentuou, “ultrapassando as suas atribuições normativas, supletivas e coordenadoras para ação executiva direta e muitas vezes intempestiva.” (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.179).

As campanhas nacionais são apontadas como agravantes do problema, por estabelecerem uma disposição executiva própria, de alto custo, e quase sempre desvinculada dos estados.

Entre as distorções criadas com a instituição das “Campanhas Especiais”, avultam as de intromissão do governo federal na manutenção de instituições tipicamente estaduais, com recursos exclusivos do governo federal. Sanatórios de tuberculosos, hospitais de doenças mentais, os já superados centros de tratamento rápido de doenças venéreas foram sendo gradativamente passados à responsabilidade do governo federal. (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.180)

O ressurgimento da malária e o aumento da prevalência as doenças venéreas reforçaram a convicção de que a mera destinação de recursos às campanhas não era suficiente para o controle de tais doenças.

Tal distorção foi resultado, igualmente, da transposição sem adaptação, no âmbito federal, de métodos e técnicas alienígenas importadas de países que já haviam superado as fases das doenças transmissíveis, do saneamento do meio, da mortalidade materna e infantil e que já haviam enveredado pelo controle das doenças degenerativas, das doenças profissionais e dos acidentes. (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p. 181)

Observamos que nos registros da 3ª CNS as críticas à importação de modelos estrangeiros, “alienígenas”, de alto custo são recorrentes, mas, não se dirigem diretamente à Fundação Sesp e a seus profissionais. O modelo de atuação do Sesp, durante décadas, fora sim baseado em campanhas nacionais e verticais, empregando pessoal de elevada

qualificação. Todavia, a Fundação é apontada nos Anais como um organismo que, a despeito dos “erros” cometidos, se esforçava para reformular seus programas, com um serviço que havia evoluído “para o trabalho de cooperação, orientando e suplementando serviços estaduais ou municipais, por intermédio de Serviços Cooperativos ou dos Programas Integrados, em ampla regionalização de recursos e atividades.” (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.182).

Na estrutura da saúde pública vigente no início dos anos 1960, os recursos da União destinados a ações de saúde (12% das despesas, em 1963) estavam pulverizados em vários ministérios, cabendo ao Ministério da Saúde 4,2% do orçamento. Segundo o relatório, o fato da composição hospitalar brasileira se basear, ainda, nas instituições de misericórdia, cada vez mais dependentes do orçamento da União, igualmente, é tido como uma distorção da organização sanitária no país. Mais de 60% dos leitos existentes pertenciam a entidades particulares, que dependiam do poder público para fins de “caridade e filantropia”.

O Congresso Nacional aumenta gradativamente as obrigações financeiras da União para com as instituições assistenciais, e uma das metas de grande número de prefeitos é conseguir um hospital e passá-lo a responsabilidade do governo federal. O custo das atividades médico-sanitárias, inclusive as de saneamento, no Orçamento da União, sobe a cada ano, atingindo no corrente exercício a aproximadamente 12% das despesas. Ao Ministério da Saúde cabem, apenas, 4,2% do Orçamento da União. É evidente a enorme dispersão de recursos, uma vez que as verbas da Previdência Social e as do Ministério da Viação, destinadas a atividades de saúde, praticamente equivalem às do Ministério da Saúde, que tem a tarefa de coordenar e suplementar as atividades nacionais de saúde. (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.180)

Conforme o excerto acima, a previdência social também era identificada com a pulverização e disparidades na aplicação de recursos destinados à saúde. Os recursos da previdência concentravam-se essencialmente nas capitais e grandes centros industrializados, ao passo que cerca de dois terços dos municípios brasileiros, especialmente os localizados em regiões menos desenvolvidas e de economia baseada no setor primário, não recebiam qualquer tipo de assistência, apontava o relatório.

Para o governo Goulart e a maior parte das entidades e dos técnicos reunidos na Conferência Nacional de Saúde de 1963, a efetiva melhoria do estado sanitário de uma população dependia, necessariamente, da criação de uma infraestrutura básica local, capaz de executar e dar continuidade aos programas de saúde pública. Essa estrutura não envolveria necessariamente a construção e instalação de modernos prédios, nem mesmo a contratação de pessoal de nível universitário, mas basear-se-ia na concepção de um “aproveitamento integral

e realista dos recursos humanos e materiais” disponíveis em cada localidade. (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.182-183)<sup>58</sup>.

A comissão técnica encarregada de avaliar o tema B – ‘Distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal’ – foi presidida por José Ribeiro Quadros, secretário de Saúde do Maranhão, secretariada por Gilberto da Costa Carvalho, delegado Federal de Saúde da 5ª Regional do Recife, e teve como relator Bichat de Almeida Rodrigues, superintendente da Fundação Sesp. Também fizeram parte da comissão: Aloísio Sanches, secretário de Saúde da Bahia; Ibgatto Falcão, secretário de Saúde de Alagoas; Nilson Guimarães Azevedo, membro da Comissão Organizadora da 3ª CNS; Nisomar Azevedo, secretário geral da Sociedade Brasileira de Higiene; Walter Silva, diretor do Serviço Nacional de Educação Sanitária; Fernando Riedy Silva, representante da Diretoria de Saúde da Marinha; Manoel Isnard Teixeira, representante da Escola Nacional de Saúde Pública; e o médico Mário Fitipaldi.

As recomendações desta comissão, no relatório final (ver anexo B), fixaram a divisão de atribuições, responsabilidades e competências em cada uma das esferas administrativas, que abaixo reproduzimos:

- 1) À União competirá, sem prejuízo das atribuições fixadas na Constituição Federal:
  - a) Fixar o Plano-Diretor da Saúde Pública Nacional;
  - b) Orientar, coordenar e supervisionar a execução do Plano-Diretor, distribuindo os recursos, rigorosamente de acordo com os critérios estabelecidos no mesmo;
  - c) Preparar e aperfeiçoar pessoal especializado;
  - d) Realizar estudos e pesquisas aplicadas;
  - e) Fabricar produtos profiláticos de uso diagnóstico, padronizado e exercendo controle sobre sua utilização;
  - f) Regulamentar a produção, distribuição e venda de produtos terapêuticos;
  - g) Estabelecer normas técnicas gerais, a serem cumpridas em todo o território nacional;
  - h) Manter laboratórios de referência para diagnóstico, bem como fixar padrões mínimos e normas de controle de alimentos;
  - i) Estimular e supervisionar a coleta de dados estatísticos referentes à saúde em todo o território nacional, de acordo com as normas estabelecidas para esse fim e proceder sua análise;
  - j) Cumprir e fazer cumprir os preceitos sanitários decorrentes de entendimentos internacionais.

---

<sup>58</sup> Importante pontuar que a descontinuidade administrativa no próprio Ministério da Saúde também foi tomada como uma das causas da baixa resolutividade dos serviços. Entre junho de 1960 e junho de 1963, a pasta foi ocupada por oito ministros: Mário Pinotti, 03/07/1958 a 31/07/1960; Armando Ribeiro Falcão, 01/01 a 02/02/1961; Edward Cattete Pinheiro, 02/02 a 22/08/1961; Estácio Gonçalves Souto Maior, 23/08/1961 a 19/06/1962; Manoel Cordeiro Villaça, 20/06 a 30/08/1962; Eliseu Paglioli, 18/09/1962 a 18/03/1963; Paulo Pinheiro Chaga, 19/03 a 16/06/1963; e Wilson Fadul, 17/06/1963 a 05/04/1964.

- 2) Aos Estados, além da legislação supletiva que lhes é assegurada a Constituição Federal e sem prejuízo das atribuições fixadas nas respectivas Constituições Estaduais competirá:
    - a) Fixar o Plano-Diretor da Saúde Pública Estadual, levando em conta os critérios estabelecidos no Plano-Diretor Nacional;
    - b) Orientar, coordenar e supervisionar as atividades de Saúde Pública incluídas no seu Plano-Diretor;
    - c) Preparar pessoal técnico de Saúde Pública;
    - d) Prestar assistência médico-hospitalar, inclusive aos doentes mentais, tuberculosos e leprosos;
    - e) Manter hospitais e unidades mistas regionais com a colaboração dos governos municipais;
    - f) Manter, com a colaboração do Governo Federal, órgãos regionais de assistência técnica aos Serviços Municipais de Saúde;
    - g) Suplementar, técnica e financeiramente, as atividades sanitárias municipais;
    - h) Manter laboratórios para diagnóstico de interesse sanitário e de controle bromatológico;
    - i) Exercer fiscalização do exercício profissional e do comércio de drogas, na conformidade da legislação federal pertinente;
    - j) Coletar de acordo com normas padronizadas, assim como apurar e analisar, dados de estatística de saúde.
  
  - 3) Aos Municípios competirá:
    - a) Fixar o Programa de Saúde Pública Municipal, levando em conta os critérios estabelecidos nos Planos-Diretores Nacional e Estadual;
    - b) Organizar e executar serviços locais de saúde, inclusive a fiscalização de gêneros alimentícios, de acordo com suas possibilidades;
    - c) Estabelecer, em lei municipal, a obrigatoriedade de participação financeira do município na manutenção das atividades de saúde e saneamento;
    - d) Operar e manter serviços de abastecimento d'água, de remoção de dejetos e de lixo, diretamente ou mediante concessões;
    - e) Colaborar no preparo de pessoal para serviços de saúde;
    - f) Admitir pessoal, visando a vincular esses servidores à organização municipal e a criar uma infraestrutura permanente;
    - g) Coletar de acordo com normas padronizadas, assim como apurar e analisar dados de estatística de saúde.
- (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.237-238)

Na divisão de competências, atribuições e atividades entre os três níveis da administração, a fixação de planos e programas de saúde pública é o primeiro tópico a ser definido, o que lhe confere relevância, pois, a partir das diretrizes que estabeleceriam é que as demais medidas recomendadas seriam executadas. Com relação às atribuições da União, a esta ficou reservado, prioritariamente, o papel de coordenação, supervisão e regulamentação de serviços e atividades e o estabelecimento de normas técnicas gerais, dividindo com os estados e os municípios o preparo de pessoal técnico. A União também teria como responsabilidade a fabricação de produtos profiláticos e terapêuticos e seu controle e venda, além do estabelecimento de normas para a coleta de dados estatísticos.

A prestação de serviços hospitalares, manutenção de laboratórios e coleta de dados estatísticos foram definidas como obrigações dos estados. Os municípios, que também

deveriam coletar dados, teriam em sua esfera de ação a tarefa de organizar e executar serviços locais de saúde, fiscalização de gêneros alimentícios, manutenção de serviços de saneamento, abastecimento de água e remoção de lixo, além da criação de uma lei municipal, estabelecendo a obrigatoriedade de participação financeira do município na manutenção das atividades de saúde e saneamento. A proposta para a lei municipal foi apresentada juntamente com as recomendações da comissão que avaliou o tema C – ‘Municipalização dos serviços de saúde’ (ver anexo C). De acordo com o projeto, os municípios deveriam destinar 10% de sua receita global (tributária e transferida) para a criação de um Fundo Municipal de Saúde, do qual fariam parte, também, auxílios da União e dos estados e subvenções, doações, legados e rendas resultantes da tributação de serviços e taxas específicas, a fim de que administrassem e mantivessem unidades de saúde e assistência locais, já existentes ou a serem criadas.

As discussões sobre descentralização das ações governamentais não diziam respeito somente ao setor saúde, era algo que permeava todo o cenário político e as diversas áreas da administração pública. As forças políticas predominantes na Constituinte de 1946 (PSD e UDN, que juntos ocupavam 80% das cadeiras), produziram um texto preocupado em delimitar a ação dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, a fim de evitar uma nova experiência política de um Estado centralizador como o vivenciado no período de 1930 a 1945. Foi restaurado o princípio federalista, estabelecendo a divisão de atribuições entre União, os estados e os municípios. Em comparação às Cartas anteriores, a Constituição de 1946 destacava-se pela autonomia assegurada aos estados e seu caráter municipalista. Em seu artigo 18º, determinava que “cada Estado se regerá pela Constituição e pelas leis que adotar, observados os princípios estabelecidos nesta Constituição.” (Baleeiro e Lima Sobrinho, 2001, p.56. Grifos nossos). O artigo 7º, por sua vez, estabelecia que:

**Art. 7º.** O Governo Federal não intervirá nos Estados, salvo para:

I – manter a integridade nacional;

II – repelir invasão estrangeira ou a de um Estado em outro;

III – pôr termo a guerra civil;

IV – garantir o livre exercício de qualquer dos poderes estaduais;

V – assegurar a execução de ordem ou decisão judiciária;

VI – reorganizar as finanças do Estado que, sem motivo de força maior, suspendam por mais de dois anos consecutivos, o serviço da sua dívida externa fundada;

VII – assegurar a observância dos seguintes princípios:

a) forma republicana representativa;

b) independência e harmonia dos poderes;

c) temporariedade das funções eletivas, limitada a duração destas à das funções federais correspondentes;

d) proibição da reeleição de governadores e prefeitos para o período imediato;

e) autonomia municipal;

f) prestação de contas da administração;

g) garantias do Poder Judiciário.  
(Baleeiro e Lima Sobrinho, 2001, p.53)

Já o artigo 28º assegurou a organização dos serviços públicos locais pelos próprios municípios.

**Art. 28.** A autonomia dos Municípios será assegurada:  
I – pela eleição do Prefeito e dos vereadores;  
II – pela administração própria, no que concerne ao seu peculiar interesse e, especialmente:  
a) à decretação e arrecadação dos tributos de sua competência e à aplicação das suas rendas;  
b) à organização dos serviços públicos locais.  
(Baleeiro e Lima Sobrinho, 2001, p.57)

Todavia, como explicitado no relatório sobre a distribuição e a coordenação das atividades médico-sanitárias nos diversos níveis da federação, essa autonomia dos municípios era apenas relativa, esbarrava na questão financeira, uma vez que a arrecadação da esmagadora maioria destas unidades era extremamente baixa.

A clara intenção municipalista da Constituição de 1946 não poderia se tornar realidade na prática, pela ausência mesma de possibilidades financeiras dos municípios aos quais tocava parcela insignificante da arrecadação nacional. O Governo Federal absorvia a maior parte dos recursos, seguindo-se-lhe os Estados e deixando aos municípios tributos sem maior significação financeira. A situação de insolvência de alguns Estados e da grande maioria dos municípios brasileiros resultou, conseqüentemente, na ditadura financeira e administrativa da União com desconhecimento tácito da organização municipal. É o que ocorria em todos os setores da administração pública, em geral, não poderia de deixar de influir, igualmente, no campo da Saúde Pública. (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.178-179)

A Emenda Constitucional nº 5, de 22 de novembro de 1961, instituiu novas discriminações em favor dos municípios brasileiros, alterando o artigo 15º do texto original, o qual determinava as competências da União relacionadas à tributação e à divisão de impostos. Inicialmente, eram reservados aos municípios 10% do total do imposto arrecadado com “rendas e proventos de qualquer natureza”. Com a emenda, aprovada enquanto Celso Furtado preparava o Plano Trienal, foi assegurada aos municípios a destinação de 10% sobre a arrecadação dos impostos de consumo da União e de 15% do imposto de renda. Acreditava-se, deste modo, estar de fato criando-se, pela primeira vez, a oportunidade para a municipalização das atividades, incluindo as médico-sanitárias e, assim, implementar o dispositivo constitucional de autonomia dos municípios e organização, por estes, dos serviços

públicos locais – objeto central das discussões do tema C – ‘Municipalização dos serviços de saúde’.<sup>59</sup>

O relatório do Ministério da Saúde sobre o tema C destaca a ineficiência e os problemas gerais dos serviços de saúde pública como resultantes de sua inadaptação “às necessidades e possibilidades do povo brasileiro” (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p. 188).

Para caracterizar esta ineficiência, o documento elege três aspectos principais:

- a) O fato de grande parte da população não ser servida, em caráter permanente, por nenhum serviço de saúde pública que atenda às necessidades consideradas mais simples, como imunização contra doenças transmissíveis, fiscalização de gêneros alimentícios, inspeções sanitárias e auxílio para solução de problemas de saneamento básico;
- b) Os serviços médicos dos Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões, ainda que encontrando dificuldades, atendiam às populações das capitais e cidades industrializadas. Todavia, a maior parte da população, residente em áreas rurais, não dispunha de nenhuma forma de atenção médica individual;
- c) E a ausência de dados estatísticos precisos sobre nascimentos e mortes.

Para o Ministério da Saúde, o caminho a ser percorrido para elevar as condições sanitárias da população seria a criação de uma estrutura básica de órgãos de assistência médico-sanitária atendendo todo o país, mas tendo os municípios como centro. Os serviços não seriam uniformes, mas estruturados conforme, novamente, ‘as necessidades e possibilidades’ de cada localidade. De certo modo, esta proposta já previa aspectos que antecipam questões como a hierarquização e o financiamento dos serviços de saúde, considerando o estabelecimento de convênios e a instalação, em municípios estrategicamente situados, de centros para cooperação técnica, administrativa e financeira.

A municipalização tem como principal finalidade despertar o interesse dos municípios por uma atividade de grande importância para as suas populações e determinar a organização de serviços de assistência médico-sanitárias locais onde não existem.

---

<sup>59</sup> Uma das preocupações expressas nos Anais da 3ª Conferência é que, mesmo a despeito da Emenda Constitucional nº 5/61, o problema do orçamento dos Municípios não havia sido superado, devido ao aumento de seu número, motivado por interesses que seriam meramente políticos. Entre 31 de dezembro de 1958 e 1º de agosto de 1963, o número de municípios brasileiros havia passado de 2.631 para 3.720, o que foi interpretado como uma estratégia dos estados para aumentarem sua cota na partilha do imposto de renda, mas que, na prática, gravava municípios com arrecadações tributárias irrisórias, incapacitados para o desenvolvimento de qualquer programa efetivo de administração local.

Como já foi afirmado mais uma vez, o Governo da União, por intermédio do Ministério da Saúde, dará aos municípios que venham a organizar os seus serviços próprios, toda a assistência técnica, financeira e material que lhe for possível, dentro, é claro, de convênios que estabeleçam programas a serem executados e que permitam a aplicação dos recursos recebidos.

[...]

Transferindo para os municípios os problemas de Saúde Pública, a União e os Estados, gradualmente, liberarão parte do pessoal, utilizado presentemente nestas atividades, e instalarão em municípios estrategicamente situados os centros de cooperação técnica, administrativa e financeira. (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p. 195 e 205)

Em comum, todas as organizações sanitárias municipais deveriam enquadrar as seguintes atividades:

- 1) medidas primárias de saneamento do meio;
- 2) fiscalização de gêneros alimentícios, das habitações e dos estabelecimentos que lidam com a produção e comércio de alimentos;
- 3) imunização contra doenças transmissíveis;
- 4) prestação de primeiros socorros de assistência médica;
- 5) levantamento dos dados de estatística vital e controle dos cemitérios.

Além dos itens acima, as recomendações também fixaram (Ver anexo C):

1- Que os Governos Federal, Estaduais e Municipais, na mais estreita cooperação, estabeleçam, no menor prazo possível, em nível municipal, a estrutura sanitária básica do país, de forma a fornecer os cuidados médico-sanitários indispensáveis [na] defesa da vida de toda a população brasileira;

2- Que este esforço deve ser iniciado, prioritariamente, nos municípios que ainda não disponham de qualquer medida de defesa da saúde;

3- Que os Serviços de Saúde a serem implantados nos municípios deverão levar em conta na sua estrutura, as necessidades e possibilidades de cada um.

(Fundação Municipal de Saúde, 1992, p. 239-240)

A Comissão que avaliou o tema ‘Municipalização dos Serviços de Saúde’ foi presidida por Aramys Athayde, ex-ministro da Saúde (05/09/54 a 20/11/55) e, em 1963, membro do Conselho Nacional de Saúde. Teve como secretário Airton Santos, secretário de Saúde do Paraná, e relator Mário Magalhães da Silveira, presidente da SBH e secretário-geral da Conferência. Participaram como membros: João Ferreira Lima Filho, secretário de Saúde de Pernambuco; Hermes de Alcântara, secretário de Saúde de Minas Gerais; Gilson dos Santos Moreira, secretário de Saúde do Acre; Silvia Hasselmann, substituta do diretor do Departamento de Organização Sanitária do Ministério da Saúde; Pedro Borges, presidente da Comissão Nacional de Alimentação; Hyder Correa Lima, delegado federal de Saúde da 4ª Regional de Fortaleza; Nelson de Moraes, assistente da Superintendência da Fundação Sesp;

Fausto Magalhães da Silveira, substituto do diretor geral do Departamento Nacional de Saúde; Lucilio Urantigaray, representante da Diretoria de Saúde da Aeronáutica; Celso Arcoverde de Freitas, membro da comissão organizadora da 3ª CNS e vice-presidente da SBH; Adelmo Mendonça e Silva, também membro da comissão organizadora; e Serra Castro, cujo nome não consta na listagem oficial de delegados dos Anais.

A proposta de municipalização dos serviços de saúde, além de ir ao encontro do disposto na Constituição de 1946, residia na ideia de que as populações locais é que poderiam ter um conhecimento mais realista de seus problemas. Diferente dos governos anteriores, o governo Goulart considerava que o caminho mais adequado, inclusive no aspecto financeiro, para a melhora das condições médico-sanitárias da população seria “a criação de uma estrutura básica de órgãos de assistência médico-sanitária, atendendo a todo o País, mas tendo como centro de ação os municípios.” (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p. 202).

Os serviços de Saúde Pública que se pretende sejam administrados pelos municípios não serão uniformes. Cada comuna, de acordo com as suas possibilidades, criará o organismos que melhor atender às suas necessidades. É claro que tanto mais pobre for a população, tanto mais simples serão os serviços. Não deverá haver, entretanto, um único município que com a colaboração do Governo da União e dos Estados, não disponha de um órgão que trate dos problemas médico-sanitários. (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p. 203)

### **3.4 Planejamento como forma de ordenar a saúde coletiva**

Conforme já apontado, a saúde no governo João Goulart deve ser entendida no cenário das reformas estruturais e de base. Seu plano de governo preconizava uma série de reformas institucionais para o controle do déficit público e a manutenção da política desenvolvimentista. Além das reformas bancária, fiscal e eleitoral, compreendia também intervenções objetivando melhorias sociais, no que estavam inclusas as reformas agrária, educacional e urbana.

Nesse contexto, ganha força o entendimento de que a saúde de uma população não se refere apenas à ausência de doenças ou enfermidades, mas a um índice global, um conjunto de condições, tais como uma boa alimentação, habitação higiênica, trabalho, educação, assistência médico-sanitária, dentre outros fatores – configurando um quadro a ser alcançado com o desenvolvimento do país.

Na visão do governo, era urgente a realização de um planejamento para o setor saúde, com vistas à elaboração de um Plano Nacional de Saúde e de uma Política Nacional de Saúde, mais adequados à realidade econômica e social daqueles anos, e que fossem capazes de estender os serviços médico-sanitários às populações interioranas e rurais e das periferias das grandes cidades.

Ao oficializar a inclusão do Plano Nacional de Saúde, no temário da 3ª Conferência Nacional de Saúde, pretendeu o Ministério da Saúde conferir a este problema a importância e significação que ele assume no âmbito das medidas governamentais que visam a conquista de melhores condições de bem estar para a população brasileira. (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.206)

O 15º Congresso Brasileiro de Higiene, promovido pela Sociedade Brasileira de Higiene, na cidade de Recife (PE), um ano antes da realização da 3ª CNS, trouxe em seu temário os tópicos: ‘Desenvolvimento econômico e saúde’; ‘Programas de saúde pública para o desenvolvimento econômico (alimentação; problemas médicos sanitários das áreas subdesenvolvidas; migrações internas; água para as populações; e pesquisa e produção de agentes terapêuticos e profiláticos)’; e ‘Programas municipais, estaduais, regionais e nacionais de saúde pública’, numa clara sintonia com o que viria a ser discutido na Conferência de Saúde de 1963<sup>60</sup>. Conforme o presidente da SBH e secretário geral da 3ª CNS, Mário Magalhães da Silveira, o 15º Congresso Brasileiro de Higiene havia sido organizado com a intenção de incorporar o movimento sanitário brasileiro ao problema do desenvolvimento nacional. Ele destaca que:

[...] a melhoria da saúde, exige um sistema econômico de alta produtividade de sorte que possa ser destinados recursos para a aquisição da saúde, da mesma forma que recursos têm de ser destinados para a compra da alimentação, da habitação, do vestuário, etc.

[...]

Por mais que me esforço não chego a entender como se possa pretender que uma população que se alimenta de modo deficiente, não dispõe de habitação higiênica, veste-se incompletamente e mal, trabalha em más condições e baixa tecnologia, possa por meio de medidas médico-sanitárias gozar de saúde. De outro lado também desde muito recuso a aceitar que a causa da pobreza seja a doença, pois, se assim fora nunca teria saído a humanidade das condições de miséria em que sempre viveu antes que fosse iniciada a Revolução Industrial. (Sociedade Brasileira de Higiene, 1962, fls. 2 e 3)

---

<sup>60</sup> A respeito do 15º Congresso Brasileiro de Higiene, ver no capítulo 2 ‘A influência das propostas da SBH e o 15º Congresso Brasileiro de Higiene.

A escolha da cidade de Recife para receber o evento não foi uma escolha ao acaso. Recife era considerada um grande centro econômico do Nordeste brasileiro (à época uma das regiões com piores índices de desenvolvimento econômico e social) e cidade sede da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (Sudene). Esta autarquia fora criada em 1959, tendo como chefe de sua Secretaria Executiva o economista Celso Furtado. O objetivo do órgão era diminuir as diferenças entre o Nordeste e o Sudeste do país. Oriundo dos quadros da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), Furtado executava uma experiência de programação econômica para áreas subdesenvolvidas, então considerada exitosa.

O ministro da Saúde do período compreendido entre agosto de 1961 e junho de 1962, Estácio Souto Maior, defendeu, no Congresso da SBH, que a saúde pública deveria ser um “instrumento efetivo no auxílio ao desenvolvimento econômico”:

Dois são os principais caminhos pelos quais o Ministério da Saúde deverá se incorporar ao programa geral do desenvolvimento econômico nacional representando um papel da maior importância. O primeiro é na ação criando condições para que o trabalhador brasileiro possa realizar suas tarefas no incremento da produção nacional em melhores condições. O outro será evitando todo desperdício de recursos. É sabido que em países na fase em que vive o Brasil é muito grande a escassez de recursos de capital e de mão de obra capacitada. Assim o Ministério da Saúde poderá ajudar bastante o desenvolvimento do país poupando ao máximo estas duas categorias de recursos, apenas evitando programas que por sua especialização e pouco rendimento não se ajustam as possibilidades e necessidades da nossa população. (Sociedade Brasileira de Higiene, 1962, fls. 6)

Uma leitura contextualizada deste excerto nos mostra que os programas de alta “especialização e pouco rendimento” a que Souto Maior se refere eram, principalmente, as ações e campanhas verticais desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) e pelo Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp).

Criado em 1942, a partir de um convênio entre o governo brasileiro e o norte-americano, por meio do Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA), o objetivo do Sesp era prestar assistência médica em áreas consideradas economicamente estratégicas durante a 2ª Guerra Mundial, como áreas produtoras de borracha, na Amazônia, e de ferro, no Vale do Rio Doce. Com o fim da guerra, os americanos se retiraram do serviço, que se tornou uma autarquia do Ministério da Saúde, denominada de Fundação Sesp, até sua extinção, em 1990. Durante sua existência, o serviço foi alvo de intensas polêmicas, devido ao modelo institucional adotado, as suas prioridades de ação e à autonomia dentro do Ministério da

Saúde, a qual lhe permitia permanecer desvinculado dos demais serviços de saúde pública (Fonseca, 2000).

A título de tornar mais palpável a percepção dos adeptos à corrente do sanitário desenvolvimentista, relembramos um trecho, já citado, de uma entrevista de Wilson Fadul à revista Saúde em Debate: “Eu, por exemplo, encontrei, viajando como ministro pelo interior do País, aparelhos de Raio X encaixotados, esperando a Hidroelétrica para poder funcionar”. (Fadul, 1978, p. 73-74). Em seu pronunciamento na abertura da 3ª CNS, o presidente Goulart enfatizou:

Os gastos públicos do setor saúde podem ser transformados em um desperdício de recursos quando empregados fundamentalmente em serviços especializados e de elevado custo, para satisfazer apenas a um pequeno número de pessoas, e no mais das vezes representando a transferência para o Tesouro Nacional de despesas que deviam correr por conta daqueles que realmente tiram benefícios de tais serviços. (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.26)

A implantação de uma estrutura sanitária ajustada “às necessidades e possibilidades do povo brasileiro, que concorra para o desenvolvimento econômico do país”, conforme exposto nas disposições gerais da 3ª CNS (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.7), é uma preocupação sempre expressa na documentação consultada (além dos Anais da 3ª CNS, o Plano Trienal e a Mensagem Presidencial de Goulart ao Congresso, em março de 1964).

Embora não disponha de instrumento de ação que lhe permita solucionar os problemas de saúde como seria desejável, o Governo tem procurado evitar que a situação se agrave, usando dos elementos ao seu alcance para executar um programa de saúde pública integrado no programa global do desenvolvimento nacional, capaz, pelo menos, de satisfazer as necessidades mínimas do nosso povo. (Goulart, 1964, p.187)

Para o governo, a predominância do fator econômico na conquista da “boa saúde” havia se tornado uma premissa, formulação que reconhecia a existência de vínculos de “inter-relação dos fatores econômicos com o superposto arcabouço médico-sanitário, na base dos quais preconiza, modernamente, a consideração do setor saúde nos programas globais de desenvolvimento econômico social.” (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.206).

Conforme o *Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social*, “a programação das atividades governamentais no setor saúde constitui um dos imperativos de uma política dinâmica de desenvolvimento” (Furtado, 2011, p.194). O programa de saúde deveria fomentar, prioritariamente, iniciativas de natureza econômica, as quais seriam

complementadas com ações de assistência, sendo as atividades médico-sanitárias um instrumento da política de desenvolvimento econômico.

A definitiva institucionalização do sistema de planejamento nacional, providência em estudo nos círculos governamentais, abrirá a possibilidade de se consolidar e ampliar a experiência iniciada e possibilitará o cumprimento adequado da missão que compete aos Grupos de Planejamento em cada um dos setores em que se desdobra a ação administrativa da União. (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.209)

Em 11 de julho de 1963, o governo havia instituído, em âmbito federal, por meio do Decreto nº 52.256, a Coordenação de Planejamento Nacional, órgão que deveria funcionar em articulação com os grupos de planejamento dos ministérios. Em 19 de julho, conforme os Anais da 3ª CNS, o Ministério da Saúde criou seu grupo interno de planejamento, por meio da Portaria nº 573. Este tinha como atribuição elaborar o Plano Nacional de Saúde e assegurar sua execução e coordenação. No aviso ministerial, remetido por Wilson Fadul aos governadores dos estados para convocação da 3ª Conferência, o ministro explicita os objetivos do plano, bem como o papel da 3ª CNS.

O Plano definirá os objetivos principais da política sanitária preconizada pelo Ministério, bem como discriminará as necessidades setoriais, a disponibilidade de recursos para fins assistenciais, a escala de prioridades para atendimento [dos] problemas que reclamam a ação governamental no campo da saúde. Entre os objetivos colimados pelo Grupo de Planejamento deste Ministério, figura o incentivo ao intercâmbio com os Estados, visando a obter a indispensável cooperação das organizações públicas e privadas, que se dedicam a atividades médico-sanitárias, com o propósito de favorecer a preparação de programas anuais, convenientemente ajustados às diretrizes gerais do Plano Nacional de Saúde. Na primeira quinzena de dezembro, por ocasião da 3ª Conferência Nacional de Saúde, pretende o Ministério da Saúde estabelecer as linhas básicas do Plano. (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.14)

Como já assinalado, a descentralização dos serviços médicos sanitários seria um meio, um caminho a seguir, para uma política de saúde mais adequada à realidade nacional, que apresentava endemias típicas em cada região e diferentes níveis de desenvolvimento econômico, devendo as ações de saúde serem articuladas em seus diversos níveis, municipal, estadual e federal: “[...] quando examinamos o trabalho permanente do sistema sanitário do País, isto é, as atividades ligadas aos problemas gerais de saúde pública constata-se a sua ineficiência, por inadaptação às necessidades e possibilidades do povo brasileiro.” (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p. 188).

O item D do temário – ‘Fixação de um Plano Nacional de Saúde’, além do relatório oficial do Ministério, recebeu contribuições de trabalhos apresentados pelas delegações dos Estados do Paraná, Amazonas, Santa Catarina, Pernambuco, Sergipe, Rio Grande do Sul e Território do Acre. É importante pontuar que a Conferência de 1963 representou, primordialmente, não só o esforço para a construção do Plano Nacional de Saúde, mas o de estabelecer um planejamento definitivo para o setor. Este, deveria ser construído a partir das discussões e deliberações da conferência.

Esta preocupação de ajustar o aparelho assistencial às peculiaridades econômicas e de tornar a política de saúde um instrumento dinâmico para ativar o processo de desenvolvimento, deve hoje ser traduzida em um plano, ou seja, um agregado de princípios e normas que condense, no tempo e no espaço, decisões racionais. (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p. 207)

O Ministério da Saúde justificou que “a consagrada aceitação do planejamento, como forma de ordenar e sistematizar o esforço de fomento e proteção da saúde coletiva, defronta-se com óbices poderosos, que precisam ser superados [...]” (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.207). Os obstáculos citados podem ser resumidos em basicamente três pontos: dificuldades de medição dos resultados nos investimentos no campo da saúde; necessidade de dados estatísticos mais precisos, o que se esperava obter com a reformulação dos serviços e dos questionários; e disponibilidade de recursos. Com a institucionalização de um sistema de planejamento nacional, o governo objetivava superar tais problemas.

Estas dificuldades, inerentes à correta programação de metas não impedem que o Ministério da Saúde apresente o seu plano preliminar, que adquire importância e vantagens compensatórias, visto que permite antecipar os propósitos da administração federal e oferece o ensejo para, através do debate, buscar-se o apoio e participação das organizações estaduais e municipais, recolhendo-se as suas sugestões e críticas, que possam contribuir para o aprimoramento do plano, na fase posterior do seu refinamento. Este foi o objetivo fundamental da apresentação deste plano de metas de saúde, reconhecidamente inquinado das deficiências assinaladas. A discussão ampla que ele suscitará deverá contribuir para enriquecê-lo e conferir-lhe representatividade. (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.212)

O que o governo efetivamente traz para o tema D da Conferência de 1963 é a apresentação de diretrizes para uma Política Nacional de Saúde e o estabelecimento de metas globais e setoriais, a serem seguidas pelas unidades de planejamento de saúde, federal, estadual e municipal, cuja formação foi uma das recomendações gerais da 3ª CNS. As diretrizes são resumidas no documento nos seguintes pontos:

- a) prioridade para os programas de Saúde que beneficiem ao maior número de pessoas e a custos mais reduzidos;
  - b) atendimento aos dados da estrutura demográfica na seleção dos beneficiários da assistência governamental;
  - c) eliminação de todas as fontes de desperdício de recursos e correção dos níveis de ociosidade na utilização do equipamento existente;
  - d) subordinação dos programas às disponibilidades efetivas de recursos das comunidades;
  - e) reestruturação do Ministério da Saúde como órgão normativo, incentivando-se a descentralização executiva;
  - f) fomento à pesquisa e à formação de pessoal técnico, de acordo com a demanda real dos programas;
  - g) fortalecimento da indústria farmacêutica estatal para atender a ampliação da assistência medicamentosa e;
  - h) apoio ao planejamento no campo da saúde e sua integração no plano geral de desenvolvimento econômico e social.
- (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.210)

O “plano de metas” para a saúde baseou-se em unidades passíveis de mensuração e, em cada item, foi escolhido um período base para a fixação das metas para o biênio 1964-1965. O plano foi dividido em metas globais, “que permitem entrever os progressos conquistados no campo sanitário” e metas setoriais, “que registram os avanços realizados no âmbito específico em que atuam os órgãos especializados” (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p. 212).

As metas globais contemplavam os itens: mortalidade geral, mortalidade infantil e esperança de vida. Os dados sociais e estatísticos utilizados como referência estão contemplados no subitem deste capítulo ‘Situação sanitária da população brasileira: um diagnóstico’. Com relação à mortalidade geral, para os anos de 1964-1965, foi pré-fixada a redução da taxa para 12/1000 habitantes; quanto à mortalidade infantil, estabeleceu-se como meta até o final do período a redução para 110/1000 nascidos vivos; e a esperança de vida ao nascer deveria chegar a 53 anos, entre homens, e 55, entre mulheres até 1965.

As metas setoriais contemplavam doenças transmissíveis, não transmissíveis, saúde materno-infantil, saneamento básico, formação de pessoal, pesquisas, nutrição e assistência-médica. Dentro desse grupo, foram destacadas “metas preferenciais”.

Com base em diferentes critérios, que se alteram ou se combinam, poderia o plano de metas ser complementado com a referência aos setores a que pretende o Ministério conceder prioridade no desdobramento da sua ação executiva. A cifra da população exposta às enfermidades que grassam em nosso território, o prejuízo econômico que decorre da sua prevalência, a eficácia das técnicas empregadas para sua debelação, a disponibilidade de recursos financeiros, os prazos em que se pretende atingir os resultados previstos, constituem os elementos a considerar na fixação de prioridades. (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p. 230)

A malária, a doença de Chagas, a tuberculose, a esquistossomose e o saneamento básico foram incluídos entre as metas setoriais que teriam preferência. A erradicação da malária ainda figurava como um objetivo a ser alcançado, a despeito do fracasso das campanhas anteriores. Para tanto, um novo projeto para o combate da endemia seria posto em prática, contemplando a reorganização administrativa, a seleção e preparo de pessoal, a intensificação das borrifações com inseticidas, além de um sistema de avaliação epidemiológica mais eficiente.

Com relação à doença de Chagas, considerava-se que essa só seria erradicada quando as condições econômicas no meio rural possibilitassem a melhoria habitacional, impedindo a colonização domiciliar do vetor. O plano centrava-se no controle do transmissor e na melhoria das condições de habitação.

O programa contra a tuberculose, que ainda mantinha o formato de campanha, preconizava o aumento anual do número de enfermos assistidos, o aumento de vacinações por BCG e de abreugrafias.

Já o combate à esquistossomose, doença avaliada como um dos mais relevantes problemas sanitários, contemplava um programa de saneamento básico, sob a responsabilidade do DNERu, além da construção de serviços de abastecimento de água e de lavanderias coletivas.

Nas metas preferenciais, também foram incluídas a promoção, a ampliação e a instalação de indústrias nacionais para a produção de inseticidas de ação residual, tidos como essenciais às campanhas profiláticas. Além disso, foi contemplada a necessidade de reequipar os laboratórios públicos, para a produção, a baixo custo e em quantidade suficiente, de medicamentos para o tratamento de doenças de massa. Os dois objetivos acima descritos constituíam o alvo primordial do Grupo Executivo da Indústria Farmacêutica (Geifar), órgão governamental que visava “corrigir as distorções da indústria farmacêutica e criar condições para o fortalecimento da indústria química de base”. (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.232).

A comissão técnica que avaliou o tema D – ‘Fixação de um Plano Nacional de Saúde’ – foi presidida pelo ex-diretor do Serviço Nacional de Lepre e membro do Conselho Nacional de Saúde, Ernani Agrícola, tendo como secretário Celso Francisco Maldonado, e relator Menandro Novaes, secretário executivo do Grupo de Planejamento do Ministério da Saúde. Participaram como membros: Raimundo de Brito, secretário de Saúde do Estado da Guanabara; Mário Pinotti membro do Conselho Nacional de Saúde e ex-ministro da pasta

(junho a setembro de 1954 e julho de 1958 a julho 1960); Roland Leon Castelo, diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais; Orestes Dinis, diretor da Divisão de Organização Hospitalar; Woodrow Pantoja, membro da Comissão Organizadora; Anísio Pires de Freitas, delegado do Senam; Alexandre Menezes, diretor de Saúde do Sergipe; além de Mourão Filho, Hélio Holdest, Décio Cardoso, Mário de Mendonça Pedrosa e Joaquim Pinto de Arruda, cujos nomes não constam na lista de delegados oficiais.

As recomendações desta comissão técnica (ver anexo D) incorporam boa parte das recomendações para os temas anteriores. O item 16, a nosso ver, representa um dos pontos mais importantes quanto à legitimação do argumento de que as propostas da 3ª CNS constituíram antecedentes relevantes para um sistema público e descentralizado de saúde: “Que seja assegurada alta prioridade à implantação de uma rede médico-sanitária, de caráter nacional, que atenda, primordialmente, ao combate às doenças de maior prevalência, de acordo com a política de municipalização.” (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.244).

Ao final, entre as recomendações gerais da 3ª CNS (anexo E) foi proposto que, na segunda quinzena de junho de 1964, os grupos de planejamento dos estados e municípios que deveriam ser formados a partir do encontro se reunissem no Rio de Janeiro, já de posse de dados atualizados para que se prosseguisse a uma segunda etapa na elaboração do Plano Nacional de Saúde, entre agosto e novembro do mesmo ano. O que não aconteceu, devido ao golpe de 1964.

### **3.5 Apontamentos sobre a 3ª CNS e seus participantes**

A trajetória de alguns dos participantes que protagonizam a Conferência de 1963 merece atenção, afim de melhor dimensionarmos sua atuação dentro do quadro político-institucional em que as discussões e propostas do encontro ganham maior espaço.

Durante a abertura da 3ª CNS, o ministro da saúde, Wilson Fadul, foi enfático ao defender uma reforma sanitária de caráter municipalizante, além de tecer críticas ao formato institucional do Ministério da Saúde e ao caráter fragmentário e corporativo dos serviços:

Em face da comprovada ociosidade no uso do aparelhamento médico-sanitário, o incentivo a mais eficiente participação da rede privada nas tarefas assistenciais, torna-se imperativo inarredável como condição para atenuar os encargos que recaem sobre o Poder Público na manutenção de entidades subaproveitadas, eliminando-se, por outro lado, a exagerada oferta de serviços em certas áreas – produzidos principalmente pela duplicidade de órgãos – com a liberação de recursos necessários ao atendimento daquelas desprovidas de qualquer assistência.

[...]

Não se permite o mais alto órgão Federal de Saúde, intencionais equívocos ou espúrias discriminações. Vem, portanto, honestamente expor o quadro sanitário brasileiro convocando a todos para o exame de sua realidade. Se ela, em muitos dos seus aspectos, não agrada ao povo e não satisfaz ao Governo, cumpre transformá-la estabelecendo as diretrizes fundamentais de uma Política Nacional de Saúde e aperfeiçoando todos os instrumentos de sua execução.

Apreciada a situação sanitária da população brasileira, com base no relatório apresentado, propõe-se à Conferência que sejam definidas as atribuições dos governos federal, estaduais e municipais no campo das atividades médico-sanitárias, para que, inspirados nos pressupostos da reforma estudada, ponha-se em prática a descentralização executiva dos serviços, com a efetiva participação dos municípios na solução dos nossos angustiosos problemas de Saúde Pública. (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p. 32-35. Grifos do original)

Na mensagem enviada por Goulart ao Congresso Nacional, em março de 1964, o presidente cita a 3ª CNS como uma das mais importantes realizações de seu governo no ano anterior. Tal importância fora conferida ao evento desde a sua proposição, por Wilson Fadul. “Ao receber do ilustre Ministro da Saúde, Dr. Wilson Fadul, a proposta para a convocação desta conferência, percebi imediatamente a importância e o alcance da iniciativa, proporcionando-lhe por isto todo apoio que se fizesse necessário para sua imediata realização”, afirma Jango em seu pronunciamento de abertura da 3ª CNS (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p.24).

Desde a instituição das Conferências Nacionais de Saúde, em 1937, somente duas tinham sido realizadas, a última, em 1950. Mas, por que o interesse de Wilson Fadul em convocar uma reunião que, apesar da previsão legal para a sua realização a cada dois anos, não acontecia há 13 anos?

Integrante dos quadros do PTB, o médico fluminense Wilson Fadul iniciou a sua carreira política como vereador de Campo Grande (atual Mato Grosso do Sul), sendo eleito deputado federal por duas vezes, em 1958 e 1962. Em junho de 1963, licenciou-se da Câmara para assumir o Ministério da Saúde, onde permaneceria até o golpe civil-militar de 1964. A trajetória de Fadul mostra um posicionamento favorável à modificação dos programas do Ministério da Saúde e de outras organizações sanitárias, com o objetivo torná-los mais ‘adequados’ à realidade do país e de atender a maiores parcelas da população.

Na Câmara dos Deputados, Fadul foi membro titular da Comissão de Saúde, 1962, todavia, na verificação das atas das reuniões da Comissão de Saúde deste ano, observamos que o futuro ministro não participou de nenhuma delas. Enquanto deputado, desde março de 1961, Fadul parece ter destinado seus esforços à Comissão Parlamentar de Inquérito criada para investigar as administrações dos Institutos de Previdência, do Serviço de Alimentação da

Previdência (Saps) e do Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência da Previdência (Samdu), da qual foi presidente.

A Comissão de Saúde fora pouco atuante no último ano da 4ª Legislatura, realizando apenas seis reuniões ordinárias. Mas em 1963, já na 5ª Legislatura, organizou um total de 20 reuniões. Embora reeleito deputado, no ano de 1963 Fadul não integrou a Comissão. Ao que parece, esta comissão permanente da Câmara era uma espécie de território disputado pela UDN e PSD. Nesses dois anos, teve como presidente Hamilton Nogueira, da UDN. Em 1962, o deputado Regis Pacheco, do PSD, conseguiu a vice-presidência, contudo, no ano seguinte, o cargo foi disputado e ganho pelo udenista Leão Sampaio.

Em ambas as legislaturas, as reuniões ocorriam praticamente sem discussão, os projetos votados versavam principalmente sobre a abertura de concessões de crédito e de auxílios a hospitais, associações e entidades 'benéficas'. Na 4ª reunião ordinária da Comissão de Saúde no ano de 1962, chamou-nos atenção o Projeto de Lei nº 4.314/54, cujo objeto era a transferência da administração do Samdu para o Ministério da Saúde, que foi rejeitado por unanimidade pelos deputados presentes (Diário do Congresso Nacional, 1962 e 1963).

Como ministro da Saúde, além dos esforços para implantação de uma Política Nacional de Saúde que ampliasse a assistência, tendo por base a municipalização dos serviços, em consonância com o governo Jango, Wilson Fadul conduziu sua gestão no combate a atividades da indústria farmacêutica consideradas abusivas, baseando-se em medidas inspiradas na lei que regulamentava a 10% as remessas de lucro das filiais estrangeiras no país para suas matrizes no exterior.

Portanto, não é sem motivos que na 3ª CNS o ministro defenda o "fortalecimento da indústria farmacêutica estatal" (Fundação Municipal de Saúde, 1992, p. 30). No item A do temário são apresentadas as diretrizes básicas a serem seguidas quanto a esse objetivo: substituição das importações dos produtos químico-farmacêuticos; ampliação da produção de medicamentos, facilitando o acesso da indústria nacional às matérias primas, e redução dos custos dos medicamentos.

Conforme seu pronunciamento na abertura da 3ª CNS, o Ministério da Saúde, em seus dez anos de existência, não havia acompanhado os avanços técnico-científicos nem se ajustado às necessidades nacionais no âmbito da Saúde Pública. Sua estrutura era arcaica sendo, portanto, fundamental uma nova organização sanitária para o país. Em consonância ao

pensamento nacional-reformista do governo Jango, os problemas de saúde não se resolveriam divorciados da realidade econômica e social.

A trajetória de outros atores também merece nosso interesse. Relembramos que, no ano anterior, o grupo liderado por Mário Magalhães da Silveira – secretário da Comissão Organizadora da 3ª Conferência Nacional de Saúde, e um dos expoentes da corrente do sanitarismo desenvolvimentista – havia disputado com os membros da Fundação Sesp a presidência da SBH. Mário Magalhães foi vencedor no pleito e tornou-se o presidente da sociedade. Para a conferência de 1963, a Fundação Sesp enviou cinco representantes oficiais: Antônio Jorge de Almeida, diretor de Orientação Técnica; Bichat de Almeida Rodrigues, superintendente; Nelson Luiz de Araújo Moraes, assistente da Superintendência; Renato Caetano Silva, diretor regional de Saúde; e Wilson da Mota Silveira, coordenador de Serviços de Saúde da Região Norte. Já a SBH foi representada oficialmente apenas por seu secretário-geral, Nisomar Pinheiro de Azevedo, estando presentes outros participantes da sociedade no encontro, representando, no entanto, outras instituições.

Outros profissionais que atuaram ou atuavam na Fundação Sesp e Fundação Rockfeller<sup>61</sup> e em serviços nacionais do Ministério da Saúde – centralizados e estruturados verticalmente – como o Serviço Nacional de Peste e a Campanha contra o Tracoma – tiveram participação nas discussões de 1963. O superintendente da Fundação Sesp, Bichat de Almeida Rodrigues, foi designado relator da comissão técnica encarregada de avaliar o tema 'Distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal'. Entre 1937 e 1939, este sanitarista havia trabalhado como médico da Comissão Brasileira Demarcadora de Limites do Setor Oeste. Em 1943, ingressou para os quadros técnicos do Ministério da Educação e Saúde.

Durante a década de 1930, o sanitarista Fausto Magalhães da Silveira, que participou da comissão encarregada de avaliar o tema 'Municipalização dos serviços de saúde', fez parte dos quadros da Fundação Rockfeller, atuando no combate à febre amarela, na área rural, ao lado de Dagoberto Chaves, substituto do diretor do Serviço Nacional de Farmácia e secretário da SBH em 1963. Em 1941, Fausto foi nomeado médico sanitarista interino do Ministério da Educação e Saúde, lotado na Divisão de Organização Sanitária.

---

<sup>61</sup> Em 1923, um acordo entre o governo brasileiro e a Junta Sanitária Internacional criou o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela, delegando à Fundação Rockfeller a responsabilidade pelo combate à doença no Brasil. Este acordo durou até 1940. A base do serviço era a visita domiciliar, a partir do mapeamento da região, a inspeção das casas e até o controle do sepultamento de mortos. Essa estrutura funcionava de forma hierarquizada e rigorosa e exigia do médico a disponibilidade de viajar a diferentes regiões do país e apresentação constante de relatórios das atividades que realizava (Fonseca, 2000).

Celso Arcoverde de Freitas, membro da comissão organizadora da 3ª Conferência e vice-presidente da SBH, também compôs o grupo que avaliou o tema da municipalização. Nos anos 1940 e 1950 trabalhou como médico do Serviço Nacional de Peste, assumindo, em 1950, a chefia da 1ª Circunscrição de Peste da área Nordeste (Ceará, Paraíba, Pernambuco e Alagoas). Em 1956, foi designado pelo DNERu para coordenar a campanha contra o Tracoma e, a partir de 1959, tornou-se assistente de Mário Magalhães da Silveira (Fonseca, 2000).

Aramis Taborda de Athayde, do Conselho Nacional de Saúde, que havia ocupado a pasta da Saúde no governo Café Filho, entre setembro de 1954 e novembro de 1955, presidiu a comissão sobre a municipalização. Em 1948, como deputado (PTB-MG), defendeu a criação de um Ministério da Saúde e Assistência Social e na Câmara, ele criticou a oferta de serviços médicos e sanitários que considerava ser desigualmente distribuídos e o caráter corporativo da previdência social, que excluía de seus serviços a maioria da população. Em conferência pronunciada na abertura do 12º Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em Belém, Aramis Athayde, então ministro, combateu a centralização da administração sanitária pelo governo federal e pelos governos estaduais. Além disso, criticou os regulamentos sanitários aprovados entre 1938 e 1940 em quase todos os estados brasileiros, que haviam excluído a autoridade municipal dos assuntos pertinentes ao campo da saúde pública, indicando a necessidade de se reformular essa estrutura, de forma a possibilitar a recuperação do papel do município na gestão pública com base em outros moldes.

Membro do Conselho Nacional de Saúde, ex-diretor do Serviço Nacional de Lepra e ex-presidente da SBH, Ernani Agrícola, presidiu a comissão técnica que avaliou o tema D – ‘Fixação de um Plano Nacional de Saúde’. No ano de 1935, ele havia integrado comissões elaboradoras de regulamentos para saúde pública federal, do Plano para construção de leprosários para o Brasil e da Comissão do Plano de Saneamento da Amazônia e colaborou na organização das comissões de inquérito epidemiológico sobre a peste no Nordeste do país. Agrícola presidiu a 1ª CNS e participou da Conferência de 1950. Ele ainda tomaria parte na 4ª e na 5ª CNS, já durante o governo militar.

Esta comissão também teve a participação de Mário Pinotti, membro do Conselho Nacional de Saúde e outro ator cujas ideias influenciaram o pensamento médico sanitário no período. Ex-ministro da saúde, Pinotti iniciou a carreira de médico sanitário em 1919, ao se tornar inspetor sanitário rural do Departamento Nacional de Saúde Pública. Ocupou a pasta da Saúde em 1954 e, em 1958, permanecendo no cargo até 1960.

Conforme Gilberto Hochman (2009), Pinotti era considerado o ícone do modelo vertical das campanhas de erradicação da malária. As origens estadunidenses e as ações do SESP tornaram essa organização alvo de críticas dos desenvolvimentistas, sendo o médico, ministro da saúde de JK, destacado como uma das expressões máximas dos programas verticais, em especial, aqueles voltados para a erradicação de doenças. O programa de saúde de JK, ao que tudo indica, foi escrito por Mário Pinotti, que dirigia o Serviço Nacional de Malária desde 1942. O principal argumento expresso no documento seria o de que os problemas de saúde da população brasileira a incapacitavam para o empreendimento urgente e necessário do desenvolvimento nacional.

Como compreender essa aparente contradição de um médico que, ao mesmo tempo, era considerado um dos ícones dos modelos verticais de saúde, mas participou de uma conferência que propunha a municipalização das ações? Para Hochman (2009), o que ocorreu ao longo da década de 1950 foi um deslocamento lento de posições e ênfases para um dos lados da relação entre saúde e desenvolvimento. Alguns dos principais personagens da saúde pública, como Mário Pinotti, primeiro diretor do DNERu, criado em 1956, e outros nomes acima citados, estavam engajados em programas de controle e erradicação de doenças, mas também foram incorporando, em seus escritos e discursos, agendas mais horizontais como nutrição, assistência médica no campo e programas de saúde para mães e crianças.

## **Considerações finais**

Ao longo deste trabalho procuramos demonstrar que na conjuntura delineada durante o governo João Goulart, a ascensão dos movimentos sociais recolocou a necessidade de reformas, o que incluía também o setor saúde. A proposta de uma reforma sanitária e a elaboração de um Plano Nacional de Saúde, que constituiu o centro dos debates da 3ª Conferência Nacional de Saúde, objeto central de nossa investigação, trouxe novamente para a agenda pública as discussões sobre o formato institucional do Ministério da Saúde e o caráter fragmentário e corporativo dos serviços, o que só foi possível dentro do quadro dos acontecimentos que marcaram o período.

A concepção que orientava institucionalmente as ações do governo Jango era a de que a saúde de uma população seria inseparável de seu nível de desenvolvimento econômico. Para o governo seria urgente a realização um planejamento para o setor, com vistas à elaboração de um Plano Nacional de Saúde e uma Política Nacional de Saúde mais ‘adequados’ à realidade econômica e social daqueles anos, e que fossem capazes de estender os serviços médico-sanitários às populações interioranas e rurais, o que se esperava conquistar por meio da municipalização dos serviços.

A fim de alcançar tal objetivo, o Ministério da Saúde propôs a criação de uma estrutura básica de órgãos de assistência médico-sanitária atendendo todo o país, tendo os municípios como centro. No projeto, os serviços não seriam uniformes, mas estruturados conforme ‘as necessidades e possibilidades’ de cada localidade.

A saúde no governo João Goulart integrou propostas e ações diversas contidas no *Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social*, então denominadas de "pré-investimentos para o fator humano", sendo que a programação para o setor deveria se basear em dados econômicos e sociais de cada uma das diferentes regiões do país. O projeto de descentralização das ações de saúde apresentado na 3ª CNS foi embalado pelas orientações presentes nas propostas mais globais de planejamento, ou planificação, conforme a terminologia utilizada por Celso Furtado.

A elaboração de um Plano Nacional de Saúde, também havia sido incorporada às recomendações da 1ª Conferência, realizada em 1941. Ao final do encontro, definiu-se que os governos dos estados fariam o levantamento e apresentariam ao Ministério da Saúde suas necessidades. As propostas seriam discutidas na 2ª Conferência, que, todavia, só se concretizou nove anos depois, sem referenciar-se ao tema.

Durante os governos militares, o tema do planejamento e da formulação de políticas nacionais de saúde também esteve em pauta. Contudo, o contexto em que estas conferências

ocorreram foi marcado pelo aumento do controle burocrático de um Estado autoritário. As discussões sobre planejamento passaram, claramente, a beneficiar fornecedores de serviços médicos privados, atuando no âmbito da atenção médica previdenciária. A partir da 7ª Conferência, temas como a regionalização dos serviços, articulação interinstitucional nos níveis federal, estadual e municipal, saneamento do meio e alimentação e nutrição voltam a compor o temário das discussões.

Contudo, é somente a partir da 8ª CNS, em meio às lutas pela redemocratização do país, que as propostas, ainda embrionárias na 3ª Conferência, foram retomadas, orientadas, agora, pelo princípio de que a saúde deveria ser direito de todos e dever do Estado.

As discussões da 3ª Conferência já questionavam o modo como foram implantadas e se desenvolveram as políticas neste campo, no Brasil, ao longo do século passado: a dicotomia ou setorização dos serviços, que permaneceram, por décadas, divididos entre as ações de saúde pública, a cargo do Estado, voltadas para o combate às doenças infectocontagiosas – endemias e epidemias; e a assistência médica individual, proporcionada pelos institutos da previdência social.

A 8ª Conferência defendeu a ampliação, para toda a população do direito à assistência à saúde, a integralidade e a universalidade do cuidado e o financiamento do Estado, estabelecendo as bases para o Sistema Único de Saúde (SUS), que deveria ser descentralizado, com a distribuição de responsabilidades e de recursos da esfera estadual para a municipal, como forma de aumentar o acesso da população aos serviços, articuladas com os processos de regionalização e hierarquização dos níveis de atenção.

Esperamos que esta reflexão possa trazer luz ao debate atual em torno do Sistema Único de Saúde e contribua para as discussões sobre a história da saúde pública no Brasil, bem como para nossa história política recente.

## **Referências bibliográficas**

ANDRADE, E. I. G. Estado e Previdência no Brasil: uma breve história. In: MARQUES, R. M. et al (Orgs.). *A Previdência Social no Brasil* – 1ª ed. – São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2003. – (Coleção Cadernos da Fundação Perseu Abramo). Disponível em: <[http://www.fpabramo.org.br/uploads/Previdencia\\_social\\_no\\_Brasil.pdf](http://www.fpabramo.org.br/uploads/Previdencia_social_no_Brasil.pdf)>. Acesso em 10/01/2013.

BALEEIRO, A. & LIMA SOBRINHO, B. *Constituições Brasileiras: 1946*. Brasil: Senado Federal e Ministério da Ciência e Tecnologia, Centro de Estudos Estratégicos, 2001. (Coleção Constituições Brasileiras, V. 5). Disponível em: <<http://www2.senado.gov.br/bdsf/bitstream/id/139953/19/1946.pdf>>. Acesso em 28/02/2013.

BATICH, M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. *São Paulo em Perspectiva*, v. 18, nº 3. São Paulo: jul-set 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n3/24776.pdf>>. Acesso em: 02/11/2013.

BLOCH, M. *Introdução à História*. Coleção Saber. Europa-América, s/d.

BODSTEIN, R. C. A. (Coord.). *História e saúde pública: A política de controle do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1987. (Coleção memória e Saúde pública).

BRAGA, J. C. S. & PAULA, S. G. de. *Saúde e previdência: estudos de política social*. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1986.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. *1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde, 1941*. Folheto nº 5. Rio de Janeiro: Serviço de Documentação do Ministério da Educação e Saúde, 1941. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_1.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_1.pdf)>. Acesso em: 04/07/2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas*. Brasília: CONASS, 2009. (CONASS Documenta; 18). Disponível em: <[http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd\\_18.pdf](http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf)>. Acesso em: 01/07/2013.

BRASIL. Secretaria-Geral da Presidência da República. Secretaria Nacional de Articulação Social. Participação Social. *Folder Conferências Nacionais 2013-2014*. Brasília: Secretaria-Geral da Presidência da República, 2013. Disponível em: <[http://www.secretariageral.gov.br/art\\_social/publicacoes/folder-conferenciais-2013](http://www.secretariageral.gov.br/art_social/publicacoes/folder-conferenciais-2013)>. Acesso em: 12/07/2013.

BRAVO, M. I. Políticas de Saúde no Brasil. *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2006. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-5.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf)>. Acesso em: 10/03/2013.

CADERNOS DE RH SAÚDE. *A questão dos Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde: 1941-1992*. Ano 1, v.1, nº.1. Brasília: Ministério da Saúde, novembro, 1993.

CAMPOS, C. de. *São Paulo pela lente da Higiene: as propostas de Geraldo Horacio de Paula Souza para a cidade (1925-1945)*. São Paulo: RiMa, 2002.

CHIORO, A. *Discurso de posse*. Brasília: 02 de março de 2014. Brasil. Ministério da Saúde. Portal Saúde. O Ministério. O Ministro. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/ministro>>. Acesso em: 10/04/2014.

CUETO, M. Los orígenes de la Atención Primaria de Salud y La Atención Primaria Selectiva de Salud. In: M. Cueto e V. Zamora, (Eds.) *Historia, salud y globalización*. Lima: IEP, UPCH, 2006.

D'AGUIAR, R. F. A história de um plano. In: D'AGUIAR, R. F. (Org.) *O Plano Trienal e o Ministério do Planejamento*. Rio de Janeiro: Contraponto: Centro Internacional Celso Furtado, 2011. (Arquivos Celso Furtado, v. 4).

DREIFUSS, R. A. *1964: A Conquista do Estado. Ação Política, Poder e Golpe de Classe*. 5ª ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

DRAIBE, Sonia. A política social no governo FHC e o sistema de proteção social. *Tempo Social*. São Paulo: USP, novembro de 2003. (p.63-101).

ESCOREL, S. & BLOCH, R. A de. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: LIMA, N. T. et al (Orgs.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. (p.83-119).

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R. do & EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al (Orgs.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. (p.59-81).

ESCOREL, S. & TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al (Orgs.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. (p.333-384).

ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al (Orgs.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. (p.385-433).

FAUSTO, B. *A Revolução de 1930: História e Historiografia*. 3ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1975.

FAUSTO, B. *História concisa do Brasil*. São Paulo: Edusp, 2001.

FERREIRA, J. *A democracia no Brasil (1945-1964)*. CAPELLATO, M. H. & PRADO, M. L. (Coords.). São Paulo: Atual, 2005. (Coleção Discutindo a História do Brasil).

FERREIRA, J. *João Goulart – uma biografia*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

FERREIRA, J. O nome e a coisa: o populismo na política brasileira. In: FERREIRA, J. (Org.). *O populismo e sua história: debate e crítica*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013. (p. 60-124).

FLEURY, S. & OUVÉREY, A. M. Política de Saúde: uma Política Social. In: GIOVANELLA, Lúgia *et al* (Orgs). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. (p.23- 64).

FONSECA, C. M. O. Trabalhando a saúde pública pelo interior do Brasil: lembranças de uma geração de sanitaristas (1930-1970). *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(2). Rio de Janeiro: 2000. (p.393-411).

FONSECA, C. M. O. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

FURTADO, C. Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social (1962). In: D'AGUIAR, R. F. (Org.). *O plano trienal e o ministério do planejamento*. Rio de Janeiro: Contraponto: Centro Internacional Celso Furtado, 2011. (Arquivos Celso Furtado, v. 4).

GOMES, A. de C. O populismo e as ciências sociais no Brasil: notas sobre a trajetória de um conceito. In: FERREIRA, J. (Org.). *O populismo e sua história: debate e crítica*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013. (p.17-57).

GOULART, João. *Mensagem ao Congresso Nacional*. Brasília, 1964. Presidência da República. Casa Civil. Secretaria de Administração. Diretoria de Gestão de Pessoas. Coordenação Geral de Documentação e Informação. Coordenação de Biblioteca. Disponível em: <<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes/joao-goulart/mensagens-presidenciais/mensagem-ao-congresso-nacional-na-abertura-na-sessao-legislativa-de-1964/view>>. Acesso em: 11/12/2013.

HAMILTON, W. & FONSECA, C. M. O. Políticas, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 10, n. 3. Rio de Janeiro: 2003. (p.791-826).

HOCHMAN, G. & FONSECA, C. M. O. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937- 1945. In: PANDOLFI, D. (Org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1999. Disponível em: <[http://cpdoc.fgv.br/producao\\_intelectual/arq/142.pdf](http://cpdoc.fgv.br/producao_intelectual/arq/142.pdf)>. Acesso em 09/09/2013.

HOCHMAN, G. & FONSECA, C. M. O. A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado novo. In: GOMES, A. C. (Org.). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000. (p.174-193).

HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). *Educar*, nº 25. Curitiba: Editora UFPR, 2005. (p.127-141).

HOCHMAN, G. O Brasil não é só doença: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*. v. 16, supl.1. Rio de Janeiro: jul. 2009. (p. 313-331).

HOCHMAN, G. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2012.

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2020*. Revisão 2004. Rio de Janeiro: 2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2004/metodologia.pdf>>. Acesso em: 10/03/2014.

LE GOFF, J. *História e Memória*. 1º Volume – História. Lisboa: Edições 70, 1982.

LIMA, N.; FONSECA, C. M. O. & HOCHMAN, G. A Saúde na Construção do Estado Nacional. In: LIMA, N. T. et al (Orgs.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. (p.27-58).

LUZ, M. T. Saúde e instituições médicas no Brasil. In: GUIMARÃES, R. (Org.). *Saúde e Medicina no Brasil: contribuições para um debate*. Rio de Janeiro, Graal, 1978. Coleção Saúde e Sociedade, v.2, nº 2. (p.157-179).

LUZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégias de hegemonia*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. (Biblioteca de saúde e sociedade, v.4).

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: PONTE, C. F. & FALLEIROS, I. (Orgs.) *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Observatório História e Saúde (COC). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Agosto de 2010. (p.247-255). Disponível em: <<http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/livro-na-corda-bamba-de-sombrinha.pdf>>. Acesso em 10/05/2013.

MONIZ BANDEIRA, L. A. *O governo João Goulart: as lutas sociais no Brasil (1961-1964)*. 8ª ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

OLIVEIRA, J. A. de A. & TEIXEIRA, S. M. F. *(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. 2ª edição. Petrópolis: Vozes, 1989.

PAIM, J. S. & TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista de Saúde Pública*. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2006. (p.73-78).

PIRES-ALVES, F. & PAIVA, C. H. A. Pós-Guerra, Estado de Bem-Estar e Desenvolvimento. In: PONTE, C. F. & FALLEIROS, I. (Orgs.) *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Observatório História e Saúde (COC). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Agosto de 2010. (p. 153-158). Disponível em: <<http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/livro-na-corda-bamba-de-sombrinha.pdf>>. Acesso em 10/03/2013.

PONTE, C. F. Entre a saúde pública e a medicina previdenciária. In: PONTE, C. F. & FALLEIROS, I. (Orgs.) *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Observatório História e Saúde (COC). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Agosto de 2010. (p.113-120). Disponível em: <<http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/livro-na-corda-bamba-de-sombrinha.pdf>>. Acesso em 10/03/2013.

REIS, J. R. F. Vargas e a Previdência: entre a dádiva e o direito. In: PONTE, C. F. & FALLEIROS, I. (Orgs.) *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Observatório História e Saúde (COC). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Agosto de 2010. (pp. 121-137). Disponível em: <<http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/livro-na-corda-bamba-de-sombrinha.pdf>>. Acesso em 10/03/2013.

REIS FILHO, D. A. O colapso do colapso do populismo ou a propósito de uma herança maldita. In: FERREIRA, J. (Org.). *O populismo e sua história: debate e crítica*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013. (p.319-377).

ROSA, J.G. *Grande sertão: veredas*. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2005.

ROSEN, G. O industrialismo e o movimento sanitário (1830-1875). In: ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec, Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994. (p.151-218).

RÜSSEN, J. *Reconstrução do passado*. Tradução de Asta-Rose Alcaide. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2010. (Teoria da História II: os princípios da pesquisa histórica).

SANTOS, W. G. dos. *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

SAYD, J.; VIEIRA JR. L. & VELANDIA, I. C. Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 8(2). Rio de Janeiro: 1998. (p.165-195). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/08.pdf>>. Acesso em: 02/08/2013.

SENNA, M. de C. M. & COHEN, M. M. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(3), 2002. (p.523-535).

SERRA E GURGEL, J.B. *Evolução Histórica da Previdência Social*. Pesquisa cronológica de dispositivos constitucionais, Leis Complementares, Leis, Decretos, Decretos-Lei; Medidas Provisórias. Legislação Constitucional e Infraconstitucional. Brasília: FUNPREV-Fundação ANASPS, 2007. Disponível em: <[http://www.anasps.org.br/evolucao\\_historica\\_previdencia.pdf](http://www.anasps.org.br/evolucao_historica_previdencia.pdf)>. Acesso em 05/03/2013.

SILVA, R. Planejamento econômico e crise política: do esgotamento do plano de desenvolvimento ao malogro dos programas de estabilização. *Revista de Sociologia e Política*, nº 14. Curitiba: jun. 2000. (p.77-101).

SILVA, H. *1964: golpe ou contragolpe?* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975.

SKIDMORE, T. *Brasil: de Getúlio Vargas a Castelo Branco (1930-1964)*. Tradução de Ismênia Tunes Dabtas. 7ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

VIANA, A. L. & BAPTISTA, T. W. de F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al (Orgs.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008 (p.65-105).

## Anais e Relatórios

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 4ª, 1967. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 1967. Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais\\_4\\_conferencia\\_nacional\\_saude.pdf%20](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_4_conferencia_nacional_saude.pdf%20)>. Acesso em: 08/07/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 5ª, 1975, *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 1975. Disponível em:  
<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/5\\_CNS\\_anais.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/5_CNS_anais.pdf)>. Acesso em: 08/07/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 6ª, 1977. *Relatório Final...* Brasília: Ministério da Saúde, 1977. Disponível em:  
<[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_6.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_6.pdf)>. Acesso em: 09/07/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 7ª, 1980. *Anais...* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. Disponível em:  
<[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_7.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.pdf)>. Acesso em: 08/07/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 8ª, 1986. *Anais...* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. Disponível em:  
<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8\\_CNS\\_Anais.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Anais.pdf)>. Acesso em: 15/07/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 9ª, 1992. *Relatório Final...* Brasília: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em:  
<[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_9.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf)>. Acesso em: 15/07/2013.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 10ª, 1996. *Relatório final...* Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em:  
<[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_10.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf)>. Acesso em: 20/07/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 11ª, 2000. *Relatório final...* Brasília: Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde, 2001. Disponível em:  
<[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_11.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf)>. Acesso em: 20/07/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 12ª, 2003. *Relatório final...* Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em:  
<[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_12.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf)>. Acesso em: 20/07/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 13ª, 2007. *Relatório final...* Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em:  
<[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns\\_M.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf)>. Acesso em: 20/13/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 14<sup>a</sup>, 2011. *Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio\\_final.pdf](http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf)> . Acesso em: 22/07/2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIGIENE. Congresso Brasileiro de Higiene, 15<sup>o</sup>, 1962, *Anais ...*. Recife: 1962. (BR RJCO CA-RI-PE-02. Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz. Dossiê Cláudio Amaral).

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE. Conferência Nacional de Saúde, 3<sup>a</sup>, 1963. *Anais...* Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1992. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3\\_CNS\\_anais.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3_CNS_anais.pdf)>. Acesso em: 13/04/2013.

## **Conferência**

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. *Declaração de Alma-Ata*. OMS: Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

## **Legislação**

BRASIL. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923 (Lei Eloy Chaves). Cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4682-24-janeiro-1923-538815-norma-pe.html>>. Acesso em: 22/03/2013.

BRASIL. Decreto nº 19.402, de 14 de novembro de 1930. Cria uma Secretaria de Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. Disponível em: <<https://legislacao.planalto.gov.br/LEGISLA/legislacao.nsf/viwTodos/6809bb76b5da1461032569fa0077f9bd?OpenDocument&Highlight=1,19.402&AutoFramed>>. Acesso em: 22/07/2013.

BRASIL. Decreto nº 19.433, de 26 de novembro de 1930. Cria uma Secretaria de Estado com a denominação de Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19433-26-novembro-1930-517354-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 22/07/2013.

BRASIL. Decreto nº 890, de 09 de junho de 1936. Aprova o regulamento pelo qual ter-se-á de reger a execução da lei nº 159, de 30 de dezembro de 1935. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1936/890.htm>>. Acesso em: 22/07/2013.

BRASIL. Lei 378, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=102716>>. Acesso em: 20/07/2013.

BRASIL. Decreto-Lei nº 3.171, de 02 de abril de 1941. Reorganiza o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3171-2-abril-1941-413188-norma-pe.html>>. Acesso em 20/06/2013.

BRASIL. Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-1920-25-julho-1953-367058-norma-pl.html>>. Acesso em 20/05/2013.

BRASIL. Lei nº 3.782, de 22 de julho de 1960. Cria os Ministérios da Indústria e do Comércio e das Minas e Energia, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-3782-22-julho-1960-354459-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em 20/08/2013.

BRASIL. Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1950-1969/L3807.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L3807.htm)>. Acesso em: 20/08/2013.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 5, de 22 de novembro de 1961. Institui novas discriminações de renda em favor dos municípios brasileiros. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/1960-1969/emendaconstitucional-5-21-novembro-1961-363625-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 20/02/2014.

BRASIL. Lei nº 4.131, de 03 de setembro de 1962. Disciplina a aplicação do capital estrangeiro e as remessas de valores para o exterior e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L4131.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4131.htm)>. Acesso em 15/08/2013.

BRASIL. Lei nº 4.214, de 02 de março de 1963. Dispõe sobre o Estatuto do Trabalhador Rural. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1963/4214.htm>>. Acesso em 16/11/2013.

BRASIL. Decreto nº 52.256, de 11 de julho de 1963. Dispõe sobre a Coordenação do Planejamento Nacional, e dá outras providências. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=165210&norma=184479>>. Acesso em: 25/03/2014.

BRASIL. Decreto-Lei nº 72, de 21 de novembro de 1966. Unifica os Institutos de Aposentadorias e Pensões e cria o Instituto Nacional da Previdência Social. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/24/1966/72.htm>>. Acesso em: 17/11/2013.

BRASIL. Lei nº 5.889, de 08 de junho de 1973. Estatui normas reguladoras do trabalho rural. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l5889.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5889.htm)>. Acesso em: 16/11/2013.

BRASIL. Lei nº 5.889, de 08 de junho de 1973. Estatui normas reguladoras do trabalho rural. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l5889.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5889.htm)>. Acesso em: 16/11/2013.

BRASIL. Lei nº 6.036, de 01 maio de 1974. Dispõe sobre a criação, na Presidência da República, do Conselho de Desenvolvimento Econômico e da Secretaria de Planejamento, sobre o desdobramento do Ministério do Trabalho e Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6036.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6036.htm)>. Acesso em: 14/06/2013.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988. Capítulo II, Seção II, Da Saúde. Brasília: Senado Federal. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em 17/11/2013.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-norma-pl.html>>. Acesso em: 17/11/2013.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em: 17/07/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html)>. Acesso em: 21/08/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 01/96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília. Publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996. Disponível em: <[http://www.esp.rs.gov.br/esp2/img2/NOB%20SUS%2001\\_96.pdf](http://www.esp.rs.gov.br/esp2/img2/NOB%20SUS%2001_96.pdf)>. Acesso em: 21/08/2013.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm)>. Acesso em: 20/02/2014.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferência para a saúde a normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm)>. Acesso em 10/03/2014.

BRASIL. Congresso Nacional. Resolução nº 4, de 2013-CN. Torna nula a declaração de vacância da Presidência da República efetuada pelo Presidente do Congresso Nacional durante a segunda sessão conjunta de 02 de abril de 1964. Publicada no DOU de 29 de novembro de 2013.

## **Jornais e Revistas**

FADUL, W. Minha política nacional de saúde. In. *Saúde em Debate*. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, nº 7. Londrina: abr/maio/jun 1978. (p 67-76).

FOLHA DE S. PAULO. Plenária da 8ª Conferência quer estatização da Saúde, 22 mar. 1986, p.29, Primeiro Caderno.

GADELHA, P. & MARTINS, R. A política nacional de saúde e a 8ª CNS. *Saúde em Debate*, Revista do Centro de Estudos de Saúde, nº 20. Londrina: abril de 1988. (p.79-83).

INFORME ENSP. Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz. Rumos da Saúde Pública em definição na 14ª Conferência. 01 dez. 2011. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/28411>>. Acesso em 23/08/2013.

LIMA, Sandro. Aprovação de Dilma sobe de 67% para 71%, aponta Ibope. *GI*. 30 set. 2011. Disponível em: <<http://g1.globo.com/politica/noticia/2011/09/71-dos-eleitores-aprovam-presidente-dilma-diz-ibope.html>>. Acesso em: 10/07/2013.

MELLO, C. G. Prev-Saúde Natimorto. *Folha de S. Paulo*, 06 out. 1980, p.3, Primeiro Caderno.

NASCIMENTO, L. Novo enterro de João Goulart repara dívida histórica, diz Maria do Rosário. *Portal EBC. Agência Brasil*, 06/12/2013. Disponível em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-12-06/novo-enterro-de-joao-goulart-repara-divida-historica-diz-maria-do-rosario>. Acesso em: 06/12/2013.

RADIS - Comunicação em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). 13ª Conferência Nacional de Saúde: Evento se destacou pelo que rejeitou, não pelo que aprovou, nº 65, janeiro de 2008.

## **Diário do Congresso Nacional**

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 11 maio 1962.

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 29 mar 1962.

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 31 maio 1962.

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 05 jul. 1962.

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 14 jul. 1962.

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 29 nov. 1962.

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 25 jan. 1963.

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 04 abr. 1963.

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 05 abr. 1963.

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 09 maio 1963.

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 18 maio 1963.

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 13 jun. 1963.

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 13 jul. 1963.

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 07 ago. 1963.

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 14 ago. 1963.

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 15 ago. 1963.

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 23 ago. 1963.

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 18 set. 1963.

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 20 set. 1963.

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 01 out 1963.

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 11 out 1963.

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 29 out. 1963.

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 21 nov. 1963.

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 23 nov. 1963.

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 30 nov. 1963.

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 14 dez. 1963.

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 15 dez. 1963.

## Textos com acesso exclusivo em meio eletrônico

ALMEIDA, P. V. L. de & PAIVA, T. F. Gerando uma infância saudável, pensando o Brasil: representações da escola nos anos 1920. *IX Seminário Nacional de Estudos e Pesquisas – História, Sociedade e Educação no Brasil*. Universidade Federal da Paraíba – João Pessoa – 21/07 a 03/08/2012. Anais eletrônicos (p.3314-3329). Disponível em: <[http://www.histedbr.fae.unicamp.br/acer\\_histedbr/seminario/seminario9/PDFs/4.23.pdf](http://www.histedbr.fae.unicamp.br/acer_histedbr/seminario/seminario9/PDFs/4.23.pdf)>. Acesso em: 20/10/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal Saúde. *Conferências Nacionais de Saúde. 2ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1041](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041)>. Acesso em: 10/07/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Sucam*. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/sucam/>>. Acesso em: 22/08/2013.

BRASIL. Secretaria-Geral da Presidência da República. Secretaria Nacional de Articulação Social. *Conferências Nacionais, Números, 1941-2013*. Disponível em: <[http://www.secretariageral.gov.br/art\\_social/conselhos-e-conferencias](http://www.secretariageral.gov.br/art_social/conselhos-e-conferencias)>. Acesso em 12/07/2013.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. Centro de Pesquisas e Documentação Contemporânea. *Celso Furtado*. Disponível em: <[http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas2/biografias/celso\\_furtado](http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas2/biografias/celso_furtado)>. Acesso em 10/11/2013.

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. *Comissão Econômica Para América Latina e Caribe - CEPAL*. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/onu-no-brasil/cepal/>>. Acesso em 10/11/2013.

OLIVEIRA, L. L. *O Brasil de JK - A criação da Sudene*. Fundação Getúlio Vargas. Centro de Pesquisas e Documentação Contemporânea. s/d. Disponível em: <<http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/JK/artigos/Economia/Sudene>>. Acesso em: 9/12/2013.

PARTIDO DEMOCRÁTICO TRABALHISTA (PDT). História do PDT. Disponível em: <<http://www.pdt.org.br/index.php/pdt/historia>>. Acesso em: 20/11/2012.

VECINA NETO, G.; CUTAIT, R. & TERRA, V. *Notas Explicativas*. Projeto Saúde & Cidadania. Portal da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina. Disponível em: <[http://portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/sala\\_de\\_leitura/saude\\_e\\_cidadania/extras/notas.html](http://portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/extras/notas.html)>. Acesso em: 22/08/2013.

## **Anexos**

## **Anexo – A**

3ª Conferência Nacional de Saúde, 1962. Tema A: Relatório e recomendações.

### **3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**

#### **TEMA A**

#### **RELATÓRIO**

A Comissão Técnica incumbida do estudo do Tema A “Situação sanitária da população brasileira. Apreciação geral do problema.” recebeu para exame os trabalhos relacionados a seguir:

- 1- Situação sanitária do Estado do Pará - Secretaria de Saúde do Estado do Pará;
- 2- Consideração sobre o obituário geral no Estado da Paraíba - Departamento de Saúde da S.S.A.S. do Estado da Paraíba;
- 3- Nutrição em Saúde Pública - Professor Nelson Chaves - Faculdade de Medicina da Universidade do Recife;
- 4- Situação sanitária no Estado de Alagoas - Secretaria dos Negócios de Saúde e Assistência Social do Estado de Alagoas;
- 5- Contribuição à 3ª Conferência Nacional de Saúde - Diretoria Geral de Saúde Pública no Estado do Sergipe;
- 6- Situação sanitária da população fluminense - Apreciação geral do problema - Secretaria de Saúde e Assistência do Estado do Rio de Janeiro;
- 7- Saúde Pública no Rio Grande do Sul - Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul;
- 8- A Saúde Pública no Estado do Ceará - Secretaria de Saúde do Estado do Ceará;
- 9- Situação sanitária da população brasileira - Apreciação geral do problema - Relatório Oficial do Ministério da Saúde.

Examinados os trabalhos e ouvidos os debates pertinentes, a Comissão Técnica, considerando:

Que a atual situação sanitária da população brasileira ainda não apresenta nível satisfatório, condicionada que está à situação de subdesenvolvimento do país, e caracterizada em linhas gerais por:

- 1) Quanto aos indicadores do nível de saúde:
  - a) vida média curta;
  - b) mortalidade geral, infantil e por doenças transmissíveis elevadas;
  
- 2) Quanto ao quadro nosológico:
  - a) predominância nítida das doenças ditas de massa;
  - b) persistência de doenças transmissíveis controláveis por recursos imunitários;
  - c) focos residuais de pestilências.
  
- 3) Quanto ao saneamento do meio:
  - a) deficiência de serviços de abastecimento de água potável e de remoção adequada dos dejetos para grande parte da população;
  - b) precárias condições habitacionais em áreas subdesenvolvidas e mesmo em centros urbanos das áreas em desenvolvimento.
  
- 4) Quanto alimentação:
  - a) deficit calórico;
  - b) déficit de proteínas animais, incidindo, particularmente, nos grupos populacionais de mais baixo poder aquisitivo.
  
- 5) Quanto aos recursos médicos-sanitários:
  - a) insuficiência de pessoal médico e para-médico;
  - b) carência de serviços de assistência médico-sanitária em grande número de municípios e em populações rurais;
  - c) baixo rendimento dos recursos hospitalares e serviços de Saúde Pública em geral;
  - d) dificuldade de utilização por parte da população, de medicamentos necessários à terapêutica das doenças mais frequentes.

#### RECOMENDA

- 1) Como medidas gerais:
  - a) todas as que objetivarem impulsionar o processo de desenvolvimento econômico do país;
  - b) integrar os programas de Saúde Pública no programa global de desenvolvimento;

c) incentivar os programas de preparo e aperfeiçoamento de pessoal técnico de Saúde Pública, bem como adotar efetivamente uma política de aproveitamento desse pessoal;

d) elaborar um plano de pesquisa aplicada aos problemas de saúde da população brasileira, em cuja solução tenham destacada participação seus próprios cientistas, para se atender as peculiaridades que os caracteriza.

2) Como medidas setoriais:

a) intensificar a luta contra as doenças de massa, prevalentes no país;

b) incentivar ao máximo o emprego dos recursos imunitórios disponíveis;

c) incrementar a implantação dos serviços de saneamento básico;

d) atender às necessidades mínimas de assistência sanitária às populações do interior, promovendo a formação de pessoal auxiliar para o desempenho de tais atividades;

e) promover a integração das atividades preventivas e curativas nas unidades sanitárias e o melhor aproveitamento da rede hospitalar existente;

f) intensificar a fabricação de produtos profiláticos e terapêuticos pelos órgãos oficiais que operam neste setor e expandir a indústria química-farmacêutica nacional, visando, principalmente, a redução de custos dos medicamentos;

g) atenção especial para os serviços de biostatística, visando o melhor conhecimento dos dados.

Rio de Janeiro, 12 de dezembro de 1963.

A Comissão Técnica

Presidente - Dr. Isaias Silas

Secretário - Dr. Amynton Bastos

Relator - Dr. Arnaldo Beiró de Miranda

Membros - Dr. Ladislau Sales,  
Dr. Akel Nicolau Akel,  
Dr. Wilson Lopes de Fontoura,  
Dr. Antônio de Melo Arruda,  
Dr. Antônio Ferreira de Carvalho,  
Dr. Lincoln de Freitas Filho,  
Dr. Dagoberto de Miranda Chaves,  
Dr. Kestner Sefton Neto .

## **Anexo – B**

3ª Conferência Nacional de Saúde, 1963. Tema B: Relatório e recomendações.

### **3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**

#### **TEMA B**

#### **RELATÓRIO**

A 2ª Comissão Técnica incumbida do estudo do Tema B “Distribuição e Coordenação das Atividades Médico-Sanitárias nos Níveis Federal, Estadual e Municipal”, recebeu, para exame, o Relatório base do tema, além das contribuições do SENAM, das Secretarias de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, Ceará, e Espírito Santo.

Examinados os trabalhos, a Comissão:

Considerando que não é satisfatório o rendimento das atividades médico-sanitárias nos diferentes níveis administrativos do país, além de ficarem sem qualquer assistência cerca de dois terços da população do país;

Considerando por conseguinte, que é essencial modificar a estrutura sanitária vigente e sua coordenação;

Considerando que a política sanitária deve ser condizente com a realidade brasileira, e que a melhoria do estado sanitário de uma coletividade só poder ser alcançada com uma atuação contínua e apropriada;

Considerando que a criação de uma infra-estrutura sanitária local é medida essencial para a execução e continuidade dos programas de Saúde Pública.

Considerando que a implantação de uma rede sanitária básica não exigirá, obrigatoriamente, a construção e instalação de prédios do tipo pré-determinado, nem a utilização de pessoal de nível universitário;

Considerando que a infra-estrutura a ser estabelecida poderá variar desde a simples atuação de um elemento auxiliar, com treinamento mínimo, até os serviços de alta especialização, de acordo com os problemas existentes e com a capacidade técnica, financeira e administrativa da coletividade;

Considerando que a criação e manutenção de uma infra-estrutura sanitária assim concebida importará na inversão de limitados recursos da renda nacional;

Considerando, finalmente, que se impõe delimitar atribuições, definir responsabilidade, e fixar competência na solução dos problemas de Saúde Pública recomenda:

1) À União competirá, sem prejuízo das atribuições fixadas na Constituição Federal:

- a) Fixar o Plano-Diretor da Saúde Pública Nacional;
- b) Orientar, coordenar e supervisionar a execução do Plano-Diretor, distribuindo os recursos, rigorosamente de acordo com os critérios estabelecidos no mesmo;
- c) Preparar e aperfeiçoar pessoal especializado;
- d) Realizar estudos e pesquisas aplicadas;
- e) Fabricar produtos profiláticos de uso diagnóstico, padronizado e exercendo controle sobre sua utilização;
- f) Regulamentar a produção, distribuição e venda de produtos terapêuticos;
- g) Estabelecer normas técnicas gerais, a serem cumpridas em todo o território nacional;
- h) Manter laboratórios de referência para diagnóstico, bem como fixar os padrões mínimos e normas de controle dos alimentos;
- i) Estimular e supervisionar a coleta de dados estatísticos referentes à saúde em todo o território nacional, de acordo com as normas estabelecidas para esse fim e proceder sua análise;
- j) Cumprir e fazer cumprir os preceitos sanitários decorrentes de entendimentos internacionais.

2) Aos Estados, além da legislação supletiva que lhes é assegurada na Constituição Federal e sem prejuízo das atribuições fixadas nas respectivas Constituições Estaduais competirá:

- a) Fixar o Plano-Diretor da Saúde Pública Estadual, levando em conta os critérios estabelecidos no Plano-Diretor Nacional;
- b) Orientar, coordenar e supervisionar as atividades de Saúde Pública incluídas no seu Plano-Diretor;
- c) Preparar pessoal de Saúde Pública;
- d) Prestar assistência médico-hospitalar, inclusive aos doentes mentais, tuberculosos e leprosos;
- e) Manter hospitais e unidades mistas regionais com a colaboração dos governos municipais;
- f) Manter, com a colaboração do Governo Federal, órgãos regionais de assistência técnica aos Serviços Municipais de Saúde;
- g) Suplementar, técnica e financeiramente, as atividades sanitárias municipais;
- h) Manter laboratórios para diagnóstico de interesse sanitário e de controle bromatológico;
- i) Exercer fiscalização do exercício profissional e do comércio de drogas, na conformidade da legislação federal pertinente;

j) Coletar de acordo com normas padronizadas, assim como apurar e analisar dados de estatística de saúde.

3- Aos Municípios competirá:

- a) Fixar o Programa de Saúde Pública Municipal, levando em conta os critérios estabelecidos nos Planos-Diretores Nacional e Estadual;
- b) Organizar e executar os serviços locais de saúde, inclusive a fiscalização de gêneros alimentícios, de acordo com suas possibilidades;
- c) Estabelecer, em lei municipal, a obrigatoriedade de participação financeira do município na manutenção das atividades de saúde e saneamento;
- d) Operar e manter serviços de abastecimentos d'água, de remoção de dejetos e de lixo, diretamente ou mediante concessões;
- e) Colaborar no preparo de pessoal para serviços de saúde;
- f) Admitir pessoal, visando a vincular esses servidores à organização municipal e a criar uma infra-estrutura permanente;
- g) Coletar de acordo com normas padronizadas, assim como apurar e analisar dados de estatística de saúde.

Rio de Janeiro, 12 de dezembro de 1963.

A Comissão Técnica:

Presidente - Dr. José Ribeiro Quadros

Secretário - Dr. Gilberto Costa Carvalho

Relator - Dr. Bichat de Almeida Rodrigues

Membros - Dr. Aloisio Sanches,  
Dr. Ib Gato,  
Dr. Nilson Guimarães,  
Dr. Nisomar Azevedo,  
Dr. Mário Fitipaldi,  
Dr. Walter Silva,  
Dr. Fernando Riedy Silva,  
Dr. Isnard Teixeira

## **Anexo – C**

3ª Conferência Nacional de Saúde, 1963. Tema C: Relatório e recomendações.

### **3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**

#### **TEMA C**

#### **RELATÓRIO**

A 3ª Comissão Técnica, incumbida do estudo do Tema C - “Municipalização dos Serviços de Saúde” - examinou o Relatório Oficial do Ministério da Saúde.

Considerando a valiosa contribuição apresentada pela Secretaria de Saúde e Assistência do Estado de Pernambuco;

Considerando a sugestão do Sr. Secretário de Saúde de Estado de Mato Grosso recomendando a criação, em cada Estado, de uma comissão tripartite composta de representantes do Ministério da Saúde e de órgão representativo das Municipalidades;

Considerando a aprovação de princípio da municipalização dos serviços locais de saúde;

Considerando que, em reunião conjunta com a Comissão Técnica do Tema B - “Distribuição das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal” - foi aceita a sistematização pela mesma estabelecida, esta Comissão.

#### **RECOMENDA:**

- 1 - Que os Governos Federal, Estaduais e Municipais, na mais estreita cooperação, estabeleçam, no menor prazo possível, em nível municipal, a estrutura sanitária básica do país, de forma a fornecer os cuidados médico-sanitários indispensáveis defesa da vida de toda a população brasileira;
- 2 - Que este esforço deve ser iniciado, prioritariamente, nos municípios que ainda não disponham de qualquer medida de defesa da saúde;
- 3 - Que os Serviços de Saúde a serem implantados nos municípios deverão levar em conta na sua estrutura, as necessidades e possibilidades de cada um;

4 - Que os Serviços de Saúde dos Municípios terão no mínimo as seguintes atividades:

- a) medidas elementares de saneamento do meio;
- b) fiscalização dos gêneros alimentícios, das habitações e dos estabelecimentos que lidam com a produção e comércio de alimentos;
- c) imunização contra as doenças transmissíveis;
- d) prestação dos primeiros atendimentos de assistência a doentes;
- e) programas de proteção à maternidade e infância;
- f) educação sanitária;
- g) levantamento dos dados de estatísticas vital.

Rio de Janeiro, 12 de dezembro de 1963.

A Comissão Técnica

Presidente - Dr. Aramys Athaide

Secretário - Dr. Ailton Santos

Relator - Dr. Mário Magalhães da Silveira

Membros - Dr. João Ferreira Lima Filho,  
Dr. Hermes P. de Alcântara,  
Dr. Gilson dos Santos Moreira,  
Dr. Serra Castro,  
Dr<sup>a</sup> Silvia Hasselmann,  
Dr. Pedro Borges,  
Dr. Hyde Correa Lima,  
Dr. Nelson de Moraes,  
Dr. Fausto Magalhães da Silveira,  
Dr. Lucilio Urantigaray,  
Dr. Celso Arcoverde,  
Dr. Adelmo Mendonça e Silva

## SUGESTÃO DE LEI MUNICIPAL

### **Lei Municipal Nº .....**

Cria o Serviço de Saúde Municipal e dá outras providências.

O Prefeito Municipal de

Faço saber que a Câmara Municipal aprovou e eu sanciono, de acordo com o Artigo..., item..., alínea... da Constituição do Estado.

Artigo 1º - Fica instituído o Serviço de Saúde Municipal a quem compete:

- I - Organizar e executar as atividades locais de saúde e saneamento; e
- II - Administrar e manter as Unidades de Saúde e Assistência existentes ou a serem criadas no Município.

Artigo 2º - O Serviço de Saúde Municipal executará suas atividades, segundo as diretrizes legais e técnicas dos serviços federais e estaduais de saúde e em íntima colaboração com os mesmos.

Artigo 3º - Para atender às despesas com o Serviço de Saúde Municipal criado o Fundo Municipal de Saúde, integado com os recursos seguintes:

- I - Verba equivalente a dez por cento (10%) da receita global (tributária e transferida) do Município;
- II - Os auxílios da União e do Estado; e
- III - As subvenções, doações, legados e rendas resultantes de retribuição de serviços e taxas específicas.

Artigo 4º - Os gastos com pessoal, à conta dos recursos do Fundo Municipal de Saúde, não poderão, em nenhum caso, exceder a 40% da sua arrecadação anual.

Artigo 5º - Os recursos integrantes do Fundo de Saúde Municipal independem do ano fiscal e não serão recolhidos aos cofres municipais ao fim do exercício financeiro.

Artigo 6º - A presente lei será regulamentada dentro de 60 (sessenta) dias.

Artigo 7º - Revogam-se as disposições em contrário.

## **Anexo - D**

3ª Conferência Nacional de Saúde, 1963. Tema D: Relatório e recomendações.

### **3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**

#### **TEMA D**

#### **RELATÓRIO**

A Comissão Técnica do estudo do Tema D - "Fixação de um Plano Nacional de Saúde" - estudou e discutiu o Relatório Oficial, apresentado pelo Ministério da Saúde e os trabalhos correlatos apresentados pelas Delegações do Paraná, Amazonas, Santa Catarina, Pernambuco, Território do Amapá, Sergipe e Rio Grande do Sul, chegando a formular as seguintes recomendações:

Considerando a necessidade de ordenar e sistematizar o esforço administrativo no campo da saúde programaticamente, de modo a incrementar os níveis de eficiência dos órgãos que desenvolvem atividades neste setor;

Considerando a conveniência de adaptar o aparelhamento médico-sanitário às peculiaridades da estrutura econômico-social vigente;

Considerando a necessidade de integrar a política de saúde no esquema geral de desenvolvimento econômico do país;

Considerando a necessidade de estabelecimento de cooperação permanente entre as administrações sanitárias federais, estaduais e municipais, para-estatais e privadas.

#### **RECOMENDA:**

- 1 - Que se estabeleçam unidades de planejamento de saúde junto aos órgãos centrais de administração federal, estadual e municipal, coordenadas com os órgãos de planejamento global;
- 2 - Que sejam adotadas medidas visando a aumentar o número de técnicos de planejamento de saúde, mediante realização de cursos de adestramento;
- 3 - Que sejam assegurados ao setor Saúde os fundos orçamentários necessários à realização dos programas de acordo com o calendário mais conveniente a uma eficiente execução dos mesmos;

- 4 - Que se intensifiquem os esforços da administração federal no combate às doenças infecciosas e transmissíveis;
- 5 - Que se conceda a necessária prioridade aos projetos de saneamento básico, buscando-se uma coordenação dos esforços atualmente dispersos das diversas agências governamentais devotadas aos problemas;
- 6 - Que se confira ao programa de pesquisas a necessária importância na investigação dos problemas peculiares à nosologia brasileira;
- 7 - Que se empreste o máximo apoio ao problema de formação de pessoal técnico, inclusive com a colaboração das Universidades e órgãos de educação de base e incentivo aos centros de formação de pessoal auxiliar de tipo médio;
- 8 - Que o programa de nutrição adquira a merecida importância na administração sanitária, tornando-se necessário maior intercâmbio com as organizações dedicadas aos problemas de produção, transporte e distribuição, com o fim de conseguir-se a elevação dos níveis médios de consumo de alimentos;
- 9 - Que os programas de assistência médica sejam intensificados com um melhor aproveitamento das instalações existentes e a adoção de critérios racionais na administração hospitalar, de modo a assegurar maiores rendimentos;
- 10 - Que as administrações federais, estaduais e municipais conjuguem esforços no sentido de se proceder urgentemente ao levantamento dos laboratórios públicos, objetivando o seu reaparelhamento com a finalidade de ampliar a produção dos medicamentos necessários ao tratamento das enfermidades de massa e a dos medicamentos usuais;
- 11 - Que se promova a ampliação ou instalação de indústrias para produção de inseticidas de ação residual necessários às campanhas profiláticas em desenvolvimento no país, assegurando-se às fábricas, caráter estatal, para estatal ou de economia mista;
- 12 - Que se estudem medidas a serem adotadas no sentido de se criarem os incentivos para que as organizações privadas que se dedicam ao trabalho assistencial coordenem os seus esforços com os estabelecidos nos programas de saúde da União, dos Estados e dos Municípios;
- 13 - Que a distribuição dos recursos para programas de saúde se conceda prioridade às áreas geográficas onde se realizem programas de desenvolvimento regional, com participação dos órgãos regionais no financiamento de programas;
- 14 - Que os programas de saúde concedam atenção aos problemas materno-infantis, intensificando medidas que visem a proteção à maternidade, infância e adolescência;
- 15 - Que o Ministério da Saúde amplie as suas iniciativas na solução de questões sanitárias de interesse inter-estadual;

16 - Que seja assegurada alta prioridade à implantação de uma rede médico-sanitária, de caráter nacional, que atenda, primordialmente, ao combate às doenças de maior prevalência, de acordo com a política de municipalização;

17 - Que se proceda à fluoretação e outras medidas corretivas da água dos sistemas de abastecimento público;

18 - Que sejam executados como programas de ação imediata as metas setoriais incluídas no relatório oficial do Ministério da Saúde a seguir enumeradas:

1 - Malária;

2 - Doença de Chagas;

3 - Tuberculose;

4 - Esquitossomose;

5 - Saneamento básico;

6 - Produção de medicamentos necessários ao combate às enfermidades de massa;

7 - Ampliação ou instalação de indústrias para a produção de inseticidas de ação residual;

8 - Instalação de serviços-pilotos que levem à prática a descentralização das atividades de Saúde Pública.

Rio de Janeiro, 12 de dezembro de 1963.

A Comissão Técnica:

Presidente - Dr. Ernani Agrícola

Secretário - Dr. Celso Francisco Maldonado

Relator - Dr. Menando Novacs

Membros - Dr. Joaquim Pinto de Arruda,  
Dr. Mário de Mendonça Pedrosa,

Dr. Hélio Holdest,

Dr. Simões,

Dr. Raimundo de Brito,

Dr. Décio Cardoso,

Dr. Mário Pinotti,

Dr. Roland Leon Castelo,

Dr. Orestes Dinis,

Dr. Mourão Filho,

Dr. Woodrow Pantoja,

Dr. Anísio Pires de Freitas,

Dr. Alexandre Menezes

## **Anexo - E**

3ª Conferência Nacional de Saúde, 1963. Recomendações gerais.

### **RECOMENDAÇÃO APROVADA PELA 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, INSTITUE UM CALENDÁRIO PARA A ELABORAÇÃO DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE CONSIDERANDO:**

A necessidade de se estabelecerem as bases de uma estreita cooperação entre o Ministério da Saúde e as Secretárias de Saúde dos Estados, Territórios e Distrito Federal, com o objetivo de elaborar e executar o Plano Nacional de Saúde.

#### **A 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE RECOMENDA:**

1 - Que no decurso do primeiro semestre do ano de 1964 se procedem, no âmbito federal e estadual, aos levantamentos preliminares indispensáveis ao conhecimento das necessidades e dos recursos médico-sanitários da população brasileira;

2 - Que os citados levantamentos sejam realizados em base municipal, de acordo com formulários que cada Estado organizar, contendo as indagações mínimas aqui discriminadas, referentes ao ano de 1963:

a) Serviços de Saúde Pública, estabelecimentos hospitalares, para-hospitalares e outros serviços assistenciais existentes, com indicação dos equipamentos, pessoal em atividade, entidade mantenedora e características gerais de assistência prestada;

b) Número de pessoas atendidas, com discriminação do tipo de serviço recebido;

c) Despesas realizadas, por estabelecimento, com especificação, se possível, dos gastos com alimentação, pessoal, medicamentos, ampliação das instalações, etc. Procedência dos recursos para manutenção da entidade. Dados gerais do balanço de 1963 (saldo ou déficit);

d) Principais enfermidades que prevalecem no local e principais causas do óbito;

e) Situação do registro de nascimentos e óbitos;

f) Total dos impostos arrecadados pelo Município, Estado e União;

3 - Que cada Estado, Território e o Distrito Federal envie um representante para participar do Curso de Planejamento de Saúde que ser realizado, em maio e junho de 1964, no Rio de Janeiro;

4 - Que na segunda quinzena de junho de 1964, no Rio de Janeiro, se reúnam os responsáveis pelos levantamentos realizados nos Estados, Territórios e Distrito Federal com o Grupo de Planejamento do Ministério da Saúde, a fim de confrontarem os dados obtidos e assentarem medidas para a realização da segunda etapa da elaboração do Plano, no período de agosto a novembro.