

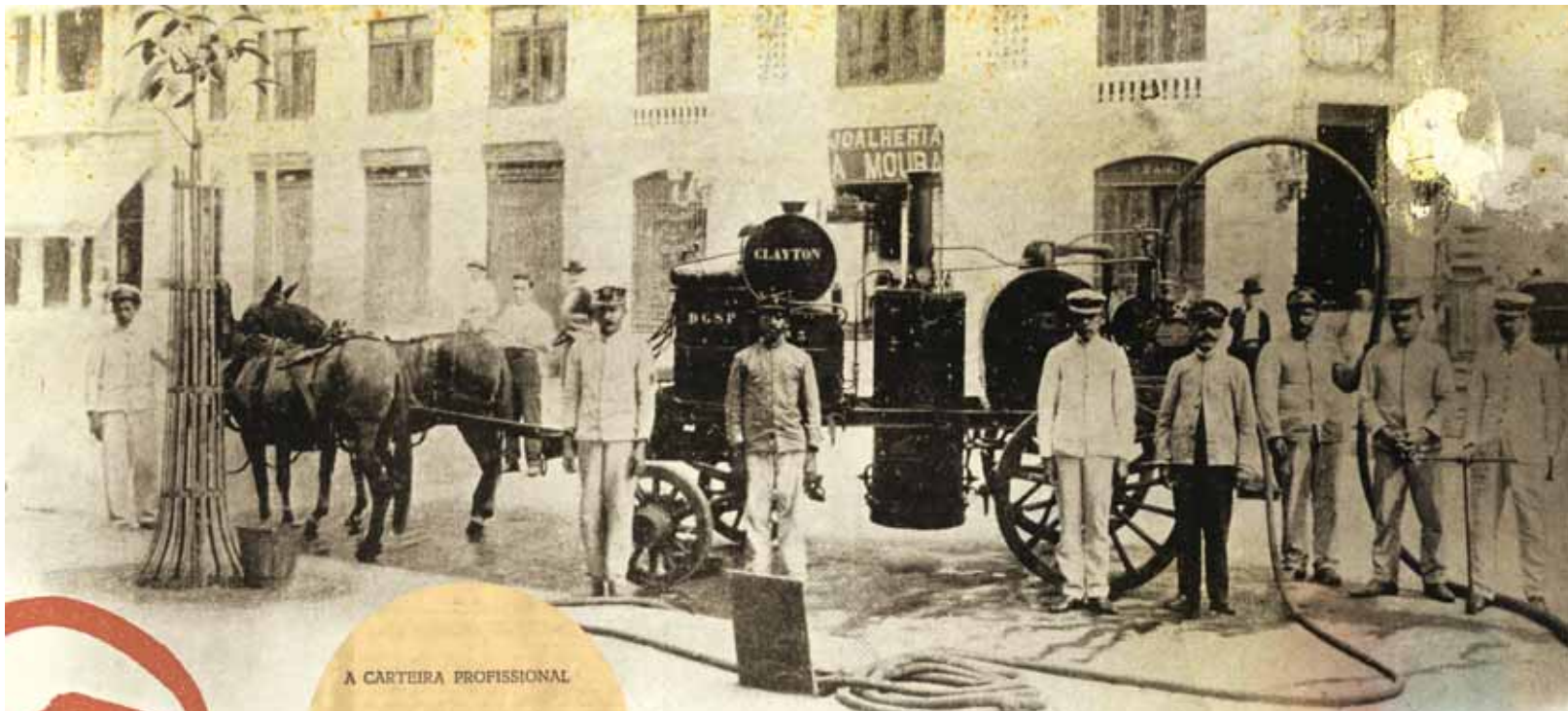
4

Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes?

CARLOS FIDELIS PONTE

JOSÉ ROBERTO FRANCO REIS

CRISTINA M. O. FONSECA



A CARTEIRA PROFISSIONAL

Por menos que pareça e por mais tr...
 ao interessado, a carteira profissional é
 indispensável à proteção do trabalh...
 Elemento de qualificação...
 a carteira repres...
 locação, por...

ALLIANCA NACIONAL
 LIBERTADORA

GRANDE COMICIO POPULAR
 NO ESTADIO BRASIL
 A'S 20 HORAS — 5 DE JULHO
 Todos ao Estadio Brasil, para com...
 memorar a grande data nacional!



JULHO!
 ...do dia 18 de Forte...
 ...da columna Prestes...
 ...seus gloriosos...
 ...salvada ao povo pelo...
 ...para um a glorio...
 ...data de 5 de Julho...
 ...o maior desejo...
 ...tribuição do povo...
 ...do Brasil...
 ...comemoramos o Soberano...
 ...LIBERTADORA NACIONAL...
 ...ESTADIO G. P. CASCAVEL...



...to com a tua energia e
 ...venças no sentido de
 ...a Revolução em
 ...-pra...
 ...bravemente.
 Prestes



ENTRE A SAÚDE PÚBLICA E A MEDICINA PREVIDENCIÁRIA

Carlos Fidelis Ponte

No Brasil, os cuidados estatais com a saúde pública foram intensificados no início do século XX, quando, em razão dos problemas acarretados à economia cafeeira, o Estado chama a si a responsabilidade pelo combate aos males que travavam o desenvolvimento do setor agroexportador. De acordo com essa lógica, o foco de atenção inicial do Estado foi o ataque às doenças transmissíveis, sobretudo aquelas de manifestação epidêmica, capazes de ceifar um grande número de vidas e comprometer a ordem econômica. Foram elas – e não as doenças crônico-degenerativas – que primeiro fizeram com que a máquina estatal se modificasse no sentido de incorporar novas atribuições e oferecer novos serviços às populações sob sua jurisdição (Hochman, 1998).

A área da saúde pública constituiu-se como uma das responsabilidades do Estado a partir do combate às doenças infecto-contagiosas. Estudos recentes têm revelado que os embates contra as doenças transmissíveis, mais do que simples áreas de atuação do poder público, estão estreitamente vinculados

4



Pavilhões do Hospital São Sebastião no Rio de Janeiro, para onde eram removidas as vítimas das doenças infecciosas, sobretudo os pobres que não tinham condições de serem isolados em suas residências

TORRES, Teophilo. *La campagne sanitaire au Brésil*. Paris: Société Generale d'Impression, 1913

Hospital Oswaldo Cruz (atual Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas), no Instituto de Manguinhos. Inaugurado em 1918, tornou-se um dos principais centros de referência do país no estudo e tratamento da doença de Chagas e de outras doenças endêmicas como leishmaniose, febre amarela e malária

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Turma do Serviço de Profilaxia da Febre Amarela preparando-se para fumigação com o gás *Clyton*, usado no combate ao *Aedes aegypti* em sua forma alada. Juntamente com a varíola e a peste bubônica, a febre amarela era uma das principais ameaças à saúde da população brasileira no início do século XX. Rio de Janeiro, entre 1903 e 1906

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Aedes aegypti, mosquito transmissor da dengue e da febre amarela

Acervo Coordenação de Comunicação Social/Fiocruz



aos processos de formação da nacionalidade e de construção do Estado nacional. Isto porque, além de historicamente concebidas como parte integrante do funcionamento dos sistemas econômicos, as políticas sociais, nas quais se incluem as questões relativas à saúde pública, contribuíram para delinear as atribuições, o alcance e o formato do aparelho estatal, configurando-se como elemento importante da formação da identidade e do sentimento de pertencimento que caracterizam a ideia de nacionalidade (Hochman, 1998).

Segundo essa concepção, a ameaça comum representada por determinadas doenças, e a necessidade de empenho coletivo para combatê-las, possibilitaram a expansão dos elos de interdependência social e acabaram por se firmar, ao lado de outros fatores igualmente influentes, como elementos essenciais na conformação do Estado-nação (idem).

“Um terrível flagello que assola os sertões centrais do Brasil”
A *Imprensa*, 6 ago. 1911
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

“A ‘doença Carlos Chagas’”
Correio da Manhã, 11 ago. 1911
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

4



Como se formam as novas gerações em localidades do interior

O Dr. Carlos Chagas concede-nos importante entrevista

Doentes hospitalizados pelo Dr. Carlos Chagas — Diversas formas clínicas da thyroidite parasitária — 1, 2 e 3 — Casos de infantilismo; creaturas com 26, 18 e 14 annos, respectivamente! 4 — Um rapazote de 16 annos atacado da moléstia do "barbeiro". No grupo encontram-se paralyticos, idiotas, infirmos e doentes cegos, devido ao acção do parasita sobre os olhos. Destes doentes seis falleceram no anno em que foi tirada esta photographia. — Ao lado, o Dr. Carlos Chagas.

Uma opinião muito autorizada — a do Dr. Carlos Chagas — nome que constitui uma gloria scientifica nacional, temos hoje sobre o momento exemplar das condições sanitárias do interior do país. Na palestra que nos concedeu aquelle scientifico, faz em poucas palavras tudo quanto se ha discutido nestes ultimos dias, através a "enquête" que desenvolvemos a respeito.

Dissertação S. 5. 1.

— Apreciando a funda importância occasionada pela divergencia do prof. Miguel Pereira, relativo ás condições sanitárias dos nossos campos, temos as melhores esperanças de ver realizada bem depressa a mais urgente campanha em beneficio da nossa progresso. Faltam-nos o appello patriótico, vem agora a quem possui autoridade de sentir e de quem sobre ha evidencia de factos convincentes formular o maior dos nossos problemas socio-sanitarios.

Devemos, neste assumpto, collocar a nossa qualquer divergencia que possa apenas traduzir a apreciação de aspectos regionaes e considerar a evidencia do mal na sua generalidade abrangida. Mas aqui, talvez pela ausencia de cobertura bem fundamentada, sobre os mesmos factos, temos estado doente aspecto da vida nacional. Agora, porém, quando facilitada o problema em termos verdadeiros termos, sempre os responsáveis pelos nossos destinos delle syndico — e o objectivo de reconhecer-lhe a realidade, si acaso deviamos possuir existir, e aqui com todas as energias, através dos maiores sacrificios. Não temos um impeto devotado profissional que seria incompativel com a realidade do assumpto.

Passamos, nestes, epidemiologicos frequentes de extensas zonas do interior do Brasil e nestas apreciamos o maior dos obstáculos ao successo das mais sabias iniciativas economicas. Nem é esse apenas um problema de trabalho, e, ao cover disso, uma exigencia imperiosa de civilização, creada pelo mais clamoroso direito da humanidade e pela féia que nos deve merecer o futuro de nossa raça.

Podemos, allegando difficuldades trabalhistas, necessitadas ou financeiras, desqualificar a fonte de talentos de compatriotas que nos campos experimentam os prejuizos da ausência civilizada?

Colhamos actualmente de aquelles a grandeza de devotados a pararia da algar e suas productoras da lavoura, ameaçada pela concorrência do Oriente. Te-

mos em mente e em execução estas magnificas projectos e outros vamos formulando, com o alto objectivo de promover o engrandecimento economico do país. Entretanto, nos descuramos do problema essencial de nossas massas, de nossas crianças e dos valles; os nossos rios, demitta esta solução deviam constituir o fundamento de qualquer programma de trabalho. Não nos lembramos, muita vez, de que em muitas regiões do Brasil a actividade individual é abetida pelas doenças epidemicas que, aniquilando a orgão "humano, não reduzem ao minimo o rendimento de produção e impedem quaisquer objectivos de aperfeiçoamento.

Para evidenciar, mais triste exemplo, a importância deste problema, basta referir um dos aspectos da trypanosomíase brasileira, a moléstia do "barbeiro". Nestas as formas chronicas deste doente, uma das de maior criminalidade pathologica é a que se estende nos em perturbacoes cardiacas. Nas zonas infestadas pelo insecto transmissor e onde a doença é endêmica, não encontramos um unico individuo que não possamos verificar normalidade de frequencia, ritmo e latido da circulação. Não importa ahi a classe, a cor, a idade e o sexo, todos soffrem da doença e mostram este orgão em condições de insuficiência accentuada, o que impedia a sua actividade decisiva a actividades productivas. A letargia por esse factor é inevitavel, sendo muito commum a occorrendo de males salidas, em individuos moços, ás vezes com apparencia de saúde favoravel. Se as pesquisas serológicas podem, desse aspecto da doença, proporcionar dados exactos, e si nos augmento de reforço nos casos de limites trancados pela radiografia individual, se exhibe em crises agudas ou deforma a morte súbita. Lembrando esta condição pathologica da trypanosomíase, que não é ahi, e de maior importância social, devemos principalmente tornar clara a possibilidade de uma apreciação definitiva relativa ao vigor phisico dos individuos nos campos.

Uma observação recente, e que demonstra de modo ampla evidencia a abnormidade socio-economica das populações, merece, a quem nos aqui referir, pela sua pertinencia.

Nesta zona, nas populações regionaes do interior do Brasil, quanto designado, de-

centros populosos pela ausencia de estradas de ferro, a xypallia é uma doença bastante rara, quando não desconhecida. A moléstia, porém, que se verifica não é provocada pelas linhas ferreas, a infecção localiza-se em uma localidade para umas ocellas indomitas até então, bem depressa, as endemias regionaes vem assim abdicar-se em outra zona de desorganização humana.

É sabido o que acontece nos trabalhos de construção das estradas de ferro, no interior do Brasil: na ponta dos trilhos, local mais exposto onde se localizam os operarios, constroem-se muitas vezes pequenos povoados, pela affluencia dos habitantes das regiões vizinhas. Nestes povoados, devido a oportunidade de verificar a xypallia, entre os regionaes, sub aspecto de intensas epidemias, o que constitui para doença verdadeiramente curiandada. Além da penetração da xypallia de ferro e "machos galinhas" que do estabelecido na zona, para onde a construção a civilização, agravando-se de modo condições sanitárias locais das mais precarias.

A existencia de centralização dos serviços de lavoura, muitas vezes, constitua um obstáculo a desenvolver a saúde publica, constituindo obstáculo a uma accção intelligente de conjunto, capaz de resolver o grande problema de prophylaxia rural. E, Carlos, nesta ponta, referir o que se verifica no Argentina, onde os assumptos sanitarios, pelas suas relações immediatas com o desenvolvimento da roça e com a prosperidade do trabalho, merecem o maior zelo. Ali também, quanto entre nós, na provincia, podemos constatar autonomia em assumptos de hygiene e saúde publica. Apesar disso, reconhecida a necessidade da assistência medica dos campos, aquellas regiões onde existam endemias que difficultam o trabalho agrícola e interior, servem a lavoura, o Congresso Nacional, através a iniciativa altamente beneficiosa de D. Cabral, votou uma lei especial, autorizando a creação de hospitais regionaes. Desta modo ficou fundada e diferenciada, que não deveza obter medidas de alta importância nacional. Dever-se-á proceder de modo identico entre nós? Não sabemos, e não queremos indicar ou necessitar medidas, que para tanto nos falta autoridade.

Apenas accentuamos a mol, com a correlação de quem o reconheceu de parte, em demandas populares, e finalmente, com exclusivo intuito de cumprir um dever de modico e de brasileiro, na urgencia de medidas salvadoras.

Símbolo de um "Brasil doente", a doença de Chagas foi utilizada para ilustrar a "calamidade sanitária" do interior do país. O combate a essa e outras endemias tornou-se um dos principais elementos de construção do Estado nacional no Brasil"

Como se formam as novas gerações em localidades do interior"

A Noite, 24 out. 1916

Acervo Casa de Oswaldo Cruz



Assim, as doenças transmissíveis assumiram, de início, posição de relevo na agenda de discussão do Estado, enquanto as doenças crônico-degenerativas ficaram em segundo plano e não mereceram, com raras exceções, maiores cuidados por parte das instituições governamentais. Entretanto, cabe ressaltar que, embora não tenha a princípio atraído a atenção do Estado, esse grupo de doenças foi incorporado, a partir da segunda década do século XX, às reivindicações dos trabalhadores em prol da instituição de mecanismos de seguridade social, como aposentadorias e pensões. A incorporação da atenção à saúde na agenda de negociações entre empregados e empregadores gerou arranjos que paulatinamente se configuraram como uma nova vertente da assistência médica no Brasil, desta vez associada ao complexo previdenciário que começava a se constituir.

Nessa perspectiva, o que veremos frutificar ao longo de boa parte do século XX é uma crescente separação entre a área da saúde pública e o atendimento médico individualizado propiciado pela medicina previdenciária. A primeira seria financiada pelos recursos do Tesouro Nacional e a segunda, durante longo período, pela contribuição de empregados, patrões e consumidores. Estes últimos, cabe ressaltar, participavam da formação dos fundos de seguridade social de maneira indireta e sem direito aos benefícios do sistema, uma vez que as empresas repassavam (e ainda repassam) para os

“Recursos: Previdência X Saúde”

Súmula, nº 46, jun. 1993, p. 5
Desenho: Carlos Xavier (Caco)
Acervo Programa Radis, Ensp/
Fiocruz

4

Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, c. 1895. As irmandades religiosas cumpriram importante papel na assistência médica à população brasileira nas primeiras décadas do século XX

Foto: Marc Ferrez
Acervo Instituto Moreira Salles



custos finais de seus produtos e serviços grande parte dos encargos que lhes cabiam enquanto parte constituinte do empreendimento previdenciário.

Resultantes de uma concepção que somente reconhecia como pertencentes à esfera pública os problemas individuais que ameaçassem o restante da população ou a ordem econômica e social vigente, essas duas vertentes de desenvolvimento dos serviços de atenção à saúde – a saúde pública e a medicina previdenciária – vão trilhar caminhos bastante diferentes até serem criadas as bases que atualmente conformam o Sistema Único de Saúde em nosso país (Hamilton, 1993-mimeo).

No que concerne ao atendimento individual *stricto sensu*, verifica-se que durante longo tempo a assistência médica ficou sob responsabilidade da iniciativa privada, fosse ela de cunho religioso e filantrópico, ou proporcionada pelas sociedades de auxílio mútuo, muitas vezes também ligadas às irmandades, ou, ainda, pela compra direta dos serviços ofertados pelos diversos profissionais presentes no mercado da cura.

Somente a partir de 1923, com a promulgação da Lei Eloy Chaves, vemos proliferar as Caixas de Aposentadoria e Pensões. Vinculadas a grandes empresas, destinavam-se a fornecer serviços de assistência médica e de seguridade social aos trabalhadores e seus dependentes, em troca de contribuições mensais efetuadas pelos empregados e empregadores. Tais fundos eram geridos formalmente por um colegiado composto por patrões e empregados, sendo que a participação dos empregados na gestão dos recursos arrecadados de modo compulsório era mínima, correspondendo, na maioria das vezes, ao desequilíbrio de poder que marcava as posições das classes ali envolvidas (Hamilton, 1993- mimeo).

Inicialmente restritas ao âmbito das empresas, as Caixas, como veremos com mais detalhes a seguir, transformadas nos Institutos de Aposentadoria e Pensões, ampliaram seu raio de ação, organizando-se

“O Brasil desigual”

Sumula, n. 36, nov. 1990, p.1
Desenho: Carlos Xavier (Caco)
Acervo Programa Radis/
Fiocruz



em torno de categorias profissionais, e passaram a ter uma abrangência bem maior até serem unificadas com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social, em 1966 (Batich, 2004).

O caráter fragmentário e corporativo da previdência social, ao vincular a prestação de serviços médicos e assistenciais à contribuição trabalhista regulamentada, excluía boa parte da população brasileira dos benefícios do sistema. Além disso, a oferta da rede previdenciária de assistência médica e social não se estendia a grande parte das zonas rurais do país, uma vez que essas áreas eram fortemente marcadas por relações trabalhistas bastante precárias do ponto de vista legal (Hamilton & Fonseca, 2003).

"Leitos existem, o problema é o lucro"

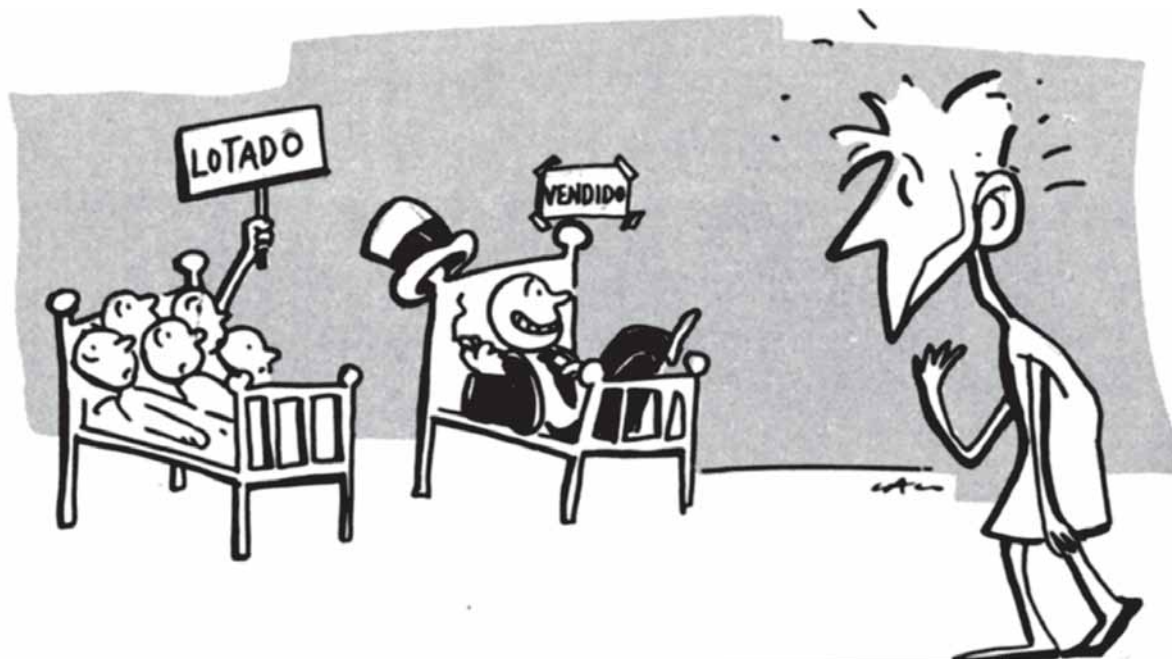
Súmula, n. 33, fev. 1990, p. 5
Desenho: Carlos Xavier (Caco)
Acervo Programa Radis/
Fiocruz

Saúde pública e medicina previdenciária: trajetórias distintas

Cessados os grandes embates que marcaram a atuação de sanitaristas como Oswaldo Cruz, Emílio Ribas e Belisário Penna, e afastados os perigos mais visíveis, a área de saúde pública concentrou cada vez mais suas ações em regiões periféricas ou distantes dos grandes centros urbanos, e apesar de permanecer como área de interesse do governo federal, viu reduzida sua presença no noticiário, bem como seu poder de pressão política sobre a estrutura estatal. Por outro lado, na década de 1930, a base tributária do Estado brasileiro ainda era pequena para suportar a necessária ampliação de suas atribuições e de seu alcance em termos geográficos e populacionais.

Enquanto isso, o sistema previdenciário, fortemente apoiado pelas forças vitoriosas nos conflitos que derrubaram a República Velha, apresentava-se como autofinanciável, crescendo sua disponibilidade financeira em proporção direta com o aumento do emprego. Além disso, vale ressaltar que a atenção

4

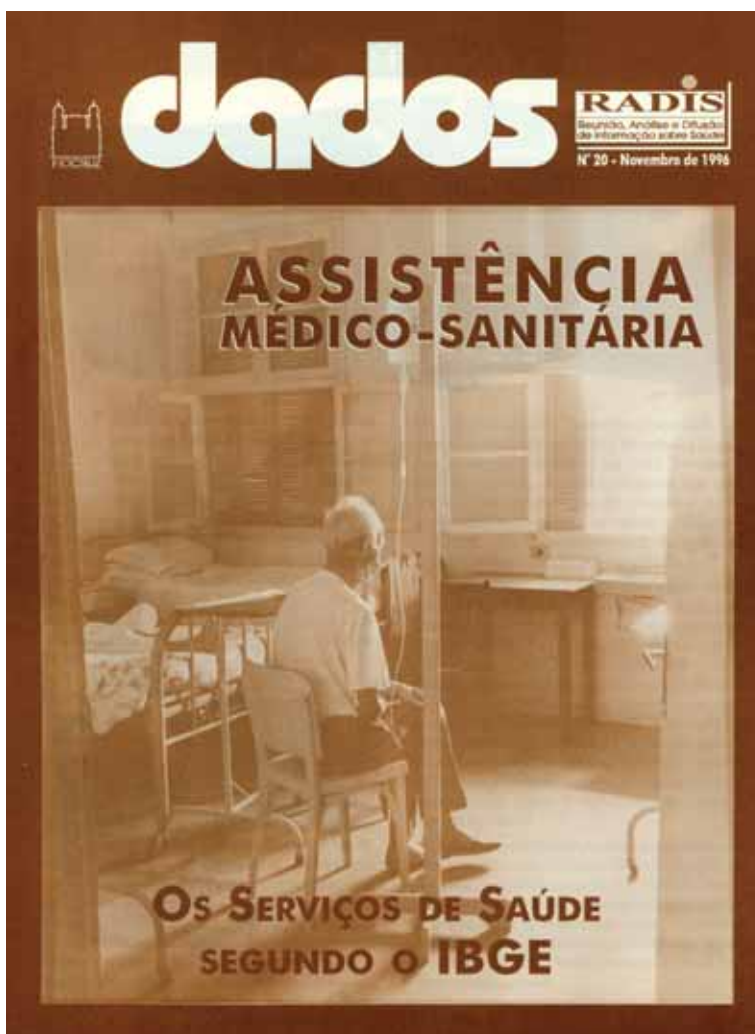


médica previdenciária, diferentemente da saúde pública, agregava forças políticas consideráveis. Lá estavam presentes os interesses dos sindicatos, de partidos políticos, de empresários e de toda uma máquina burocrática constituída para gerir o grande volume de recursos da Previdência. Pautado por uma lógica corporativa, o debate sobre a promoção da saúde no país passou a ocorrer numa atmosfera em que as ações preventivas de caráter coletivo cedem lugar ao atendimento individualizado de cunho curativo (Hamilton, 1993-mimeo). Isto, no entanto, não significa, como veremos mais adiante, que a área da saúde pública deixou de merecer atenção ou de implementar suas propostas de trabalho.

Posteriormente, o avanço tecnológico experimentado pela medicina no pós-guerra aumentou a eficiência dos diagnósticos e das intervenções curativas. Esse aumento de eficiência, que, por sua vez, foi acompanhado da elevação dos custos do aparato necessário ao exercício da medicina, reduziu gradativamente a autonomia do médico como profissional liberal e fomentou, cada vez mais, a presença de grupos empresariais no campo da saúde. Desse modo, o consultório cedeu lugar ao hospital, elevado à categoria de centro do sistema. A medicina previdenciária caracterizava-se, assim, como essencialmente hospitalar, curativa e empresarial (Hamilton & Fonseca, 2003).

Paralelamente, a celebração de convênios entre a Previdência e a iniciativa privada conferiu forte impulso ao setor médico empresarial, ao mesmo tempo em que se verificou uma drástica redução dos investimentos estatais na rede pública, tornada, cada vez mais, ineficiente e distante dos serviços relacionados à assistência médica individualizada. A rede pública ficou responsável, quase que exclusivamente, pelo atendimento emergencial e pelos procedimentos de alto custo que não interessavam, a princípio, ao setor privado da medicina (Ponte, 2003).

Dados, n. 20, nov. 1996
Acervo Programa Radis/
Fiocruz



VARGAS E A PREVIDÊNCIA: ENTRE A DÁDIVA E O DIREITO

José Roberto Franco Reis

A carta ao lado, escrita em setembro de 1940 pelo marítimo Rogério da Silva Miranda Júnior, e dirigida ao presidente Getúlio Vargas, manifesta uma dura crítica à administração do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), que, segundo o autor, nada conhecia da dura labuta dos marinheiros, nem era capaz de compreender os motivos da criação, por Vargas, do IAPM, essa “casa dos velhos marinheiros”. Só isso explicaria a atitude da direção do instituto de não autorizar a sua internação. Como os velhos marinheiros são “incondicionalmente” amigos de Vargas e “sentinelas avançadas” do Estado Novo, Rogério da Silva espera que o presidente, ao tomar ciência do que se passa no IAPM, adote providências que revertam a sua situação. Embora a carta permita inúmeras interpretações – inclusive a que revela a precariedade da assistência médica dos institutos –, ela trata de um assunto central nas centenas de correspondências enviadas a Vargas entre 1930 e 1945 que se encontram no Arquivo Nacional: o sistema de previdência instituído no país a partir dos anos 30. Implantado ainda na República Velha, o sistema teve inegavelmente um novo impulso durante o primeiro governo Vargas, quando se observa um processo de rompimento com o padrão básico de organização das antigas Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), e são criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) a partir de categorias profissionais de âmbito nacional.

Com efeito, em virtude do decisivo leque de funções que os institutos e caixas desempenhavam na vida das pessoas (moradia, saúde, sobrevivência financeira por aposentadoria ou pensão, indenizações, pecúlios diversos etc.) – ainda que na prática pudessem apresentar resultados limitados –, eles eram vistos como absolutamente importantes, vitais mesmo para os indivíduos, levando-

“Penso que o Snr. Presidente do Instituto dos Marítimos deve ser um senhor que jamais teve contato com os homens do mar, que não conhece de perto os encanecidos serviços dos homens do mar, desconhece certamente a somma enorme de sofrimentos e sacrifícios que escondemos com cara alegre, arrastando-nos a bordo, na Machina, nas Caldeiras, nos Porões dos Navios e nos Passadiços, no ultimo quartel de vida, sem Domingo nem dia Santo, nem noite nem dia, com bom ou mau tempo (...) Ele não sabe que a fome já bateu a porta de muitos marítimos, cujas lagrimas V. Excia como Patrono e benfeitor e Amigo dos homens do mar, num regimen de Governo honesto, Moral e dedicado as classes trabalhistas, criou esta suntuoza instituição para enxugar muitas lagrimas e amparar muitas necessidade e matar muita fome as escondidas que é a mais negra. Não... basta.

Exmo. Snro. Presidente, é urgente uma reorganização dos destinos dessa ‘Casa dos Velhos Marinheiros’ já e já antes que seja tarde demais, é preciso ter uma cabeça pensante e capaz de dirigir os destinos dessa grandioza obra por V. Excia creada para o amparo dos velhos marinheiros que incondicionalmente são vosso amigo reconhecido e um sentinela avançado do Estado Novo. Certo de V. Excia tomar em consideração minha exposição, espero que em poucos dias receberei ordens dos dirigentes do Instituto, para que seja autorizada a minha operação.”

Arquivo Nacional. GCPR, Ministérios – Trabalho, processo 22.089, lata 278, 1940

os a remeterem um grande número de cartas tratando de assuntos relacionados ao seu funcionamento. Tudo era motivo para reclamações: a restituição de contribuições, quando, pela legislação, não podiam ser contemplados com pensões e aposentadorias; a cobrança do financiamento ou construção da casa própria, “o lar-santuário sagrado”, como ressalta um misivista; a agilização do pagamento de aposentadorias e pensões, e a ampliação do atendimento médico; ou mesmo a denúncia de casos de má administração ou de malversação de verbas.

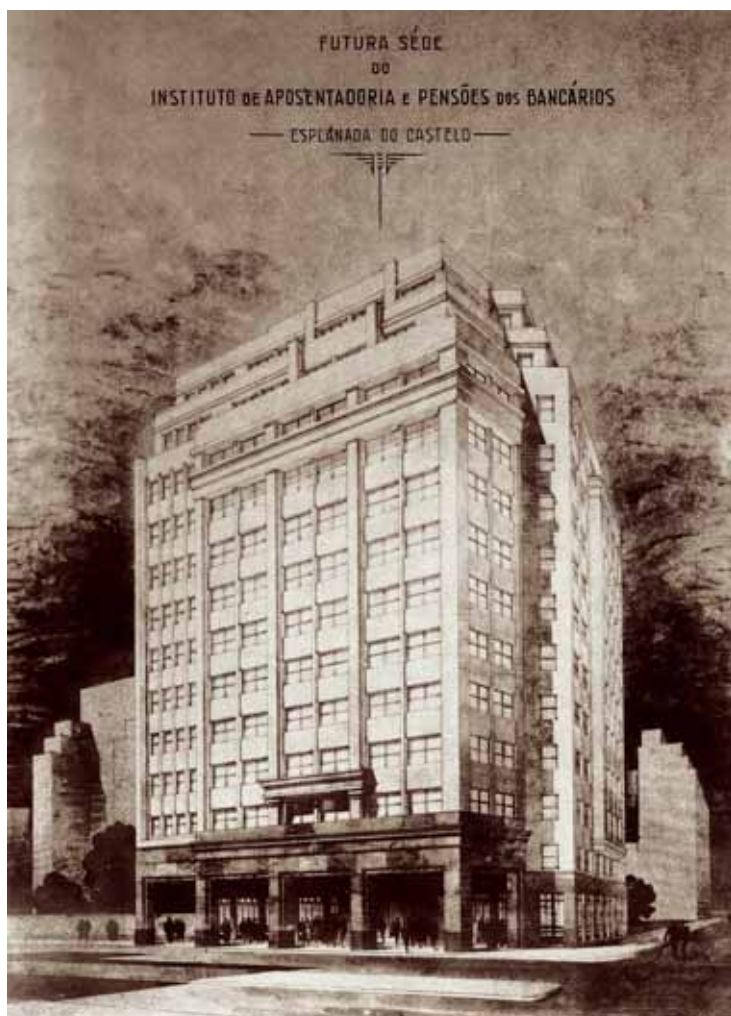
Segundo boa parte dos estudiosos do tema, essas instituições foram criadas de acordo com a lógica corporativista de relações de trabalho estabelecida pelo regime Vargas, que estimulava cada sindicato a entrar em contato direto com o Ministério

do Trabalho para reivindicar um sistema de proteção previdenciária mais completo. Assim, “cada grupo recebia sua própria CAP ou IAP, e também sua lei específica”, daí resultando uma “coleção espantosa de leis e normas operacionais e uma variedade de modelos diferentes de proteção e financiamento” (Malloy, 1986, p. 76). Embora haja um importante debate sobre o caráter inovador ou não das políticas previdenciárias do período pós-30, o fato é que foi entre os anos de 1930 e 1938, como aponta Malloy, que as linhas gerais do sistema de previdência foram definidas e implementadas, tornando-se “parte integrante de uma estratégia maior de política estatal iniciada pelo regime Vargas” (Malloy 1986, p. 86).

A administração dos IAPs seguia o modelo colegiado da lei de 1923, a chamada Lei Eloy Chaves – que estabelecia a criação de uma CAP para cada companhia ferroviária do país, e é apontada como marco introdutório do sistema de previdência para o setor privado –, porém “com o significativo acréscimo de representação direta do Estado” em cada um dos institutos. Com efeito, essas instituições seriam dirigidas por um funcionário executivo (presidente ou diretor), nomeado pelo presidente da República, com a assessoria de uma “espécie de colegiado, com representação igual de empregados

Getúlio Vargas e correligionários no Palácio do Catete após a derrubada do governo de Washington Luís. Rio de Janeiro, 31 out. 1930
Acervo CPDOC/FGV

Desenho da sede do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários, no Rio de Janeiro
Acervo CPDOC/FGV





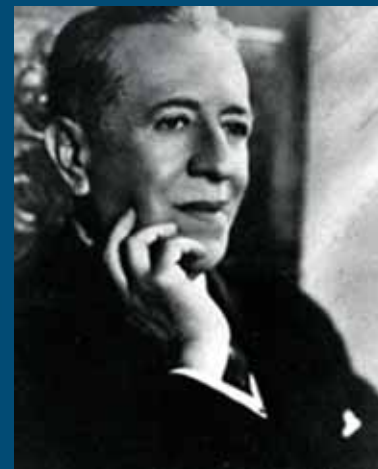
e empregadores da categoria, variando entre quatro e oito”, ambos indicados pelos respectivos sindicatos. E acrescenta Malloy: “o mais importante é que os membros dos conselhos e juntas de trabalho eram sempre relacionados por representantes de sindicatos aprovados que se reuniam em assembleia convocada pelo Ministério do Trabalho”, tornando o sistema de previdência social ligado ao sistema de sindicatos de trabalhadores (Malloy, 1986, p. 77). Os institutos também apresentavam inovações no que diz respeito ao financiamento. Adotavam um modelo tripartite, com contribuição dos trabalhadores, dos patrões e também da União, que de forma direta (e não indireta como no caso das CAPs) devia contribuir com um valor que não podia ser inferior ao dos demais contribuintes (Fleury, 2007). O resultado foi que, se nos “sete anos compreendidos entre 1923 e 1930 o número de associados ativos (do sistema de previdência) crescera mais de seis vezes, atingindo a marca de 140.000”, de 1930 a 1945 este número aumentara quase vinte vezes, chegando ao final do período à cifra de 2.888.000 associados, de acordo com Oliveira e Teixeira (1986, p. 59).

Assim, embora depois de 1930 e até 1954 as CAPs continuassem existindo em grande quantidade, rompeu-se o seu padrão básico de organização, baseado em “um contrato entre patrão e empregado sem a participação financeira do Estado”, com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) a partir de categorias profissionais de âmbito nacional, com forte mediação do poder estatal. Surgem, então, em 1933, o Instituto de Aposentadoria e Pensões

LEI ELOY CHAVES

A Lei Eloy Chaves, nome do deputado por São Paulo que a propôs, determinava que cada empresa ferroviária do país criasse um fundo de aposentadoria e pensão, uma CAP, sendo apontada como marco inaugural da previdência no país. Em 1926 essa determinação se estende a outras categorias, como marítimos e portuários.

Administrativamente autônomas, as CAPs apresentavam um caráter semipúblico, pois eram fiscalizadas pelo Conselho de Trabalho e posteriormente pelo Ministério do Trabalho. Deviam oferecer quatro benefícios básicos: aposentadoria, pensões, cuidados à saúde (serviços médicos e venda de remédios a preços baixos) e auxílio funeral. Formas anteriores de proteção patrocinadas pelo governo existiam, os chamados montepios, no entanto se restringiam aos funcionários públicos (civis e militares) e não exigiam contribuição do segurado, ao contrário das CAPs dirigidas ao setor privado (Malloy, 1986).



Eloy Chaves, autor da lei que deu origem ao sistema previdenciário brasileiro

Acervo Fundação Antônio- Antonieta
Cintra Godinho
Disponível em http://www.faacg.org.br/pag_eloym.html

dos Marítimos (IAPM) e, em 1934, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes (IAPC) e o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB). Em 1936 é criado o Instituto dos Industriários (IAPI), e em 1938 são reorganizadas algumas caixas que dão origem ao Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Estivadores (IAPE) e ao Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Trabalhadores em Transportes e Cargas (IAPTEC). Ainda em 1938, englobando os funcionários públicos federais, estrutura-se o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE), que, na verdade, resultava da fusão de várias instituições menores (Oliveira e Teixeira, 1986, p. 69-72; Malloy, 1986).

De acordo com o minucioso trabalho de pesquisa desenvolvido por Oliveira e Teixeira (1986), apoiado na legislação previdenciária, a administração financeira dos institutos, baseada no regime de capitalização, seguia uma “orientação contencionista”, ou seja, de restrição na concessão de benefícios e serviços como forma de reduzir as despesas das instituições de previdência. Entretanto, até 1935 (data em que foi sufocada a tentativa de insurreição comunista), tal orientação sofreu vivo questionamento de sindicatos e trabalhadores, com greves que às vezes continham reivindicações explicitamente relacionadas aos itens previdenciários – o que para os autores explica as idas e vindas nas medidas restritivas da legislação, “assim como sua heterogeneidade entre as diferentes instituições”. Acompanhando a periodização tradicional sobre as formas de luta política dos trabalhadores, afirmam que, depois dessa data, 1935, a lógica contencionista, fundamentada cada vez mais em argumentos técnicos e atuariais, *o fetiche da técnica*, deixou de sofrer qualquer resistência por parte dos trabalhadores e encontrou o campo

Conjunto residencial do IAPI em Belo Horizonte, na década de 1940

Disponível em <http://bhnostalga.blogspot.com/2009/02/conjunto-iapi-o-conjunto-do-instituto.html>

Primeira página da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com as assinaturas do presidente Getúlio Vargas e do ministro do Trabalho, Alexandre Marcondes Filho. Criada em 1943, a CLT ajudou a consolidar a popularidade de Vargas entre os trabalhadores urbanos no país

Acervo Arquivo Nacional



completamente livre para prosperar, pelo motivo muito simples de que estes tiveram suas vozes amordaçadas:

(...) no clima ainda relativamente 'aberto' dos anos 30-35, desenvolvia-se um debate de caráter político sobre as questões previdenciárias (...). Às intenções do Estado de restringir as despesas contrapunham-se os segurados, em defesa de seus interesses. E desse choque resultavam as marchas e contramarchas do processo (...). Mas os anos 1935-37, momento de corte radical na forma das relações entre o primeiro governo de Vargas e as classes trabalhadoras, interferiram também nessa situação. (...) Desaparece, então, neste processo [de endurecimento político do regime] toda a possibilidade de continuação da resistência organizada dos segurados às medidas de natureza contencionista na Previdência Social que prosseguem, agora sem empecilhos (Oliveira e Teixeira, 1986).

No entanto, salientam os autores que, embora não fosse mais possível uma resistência aberta às políticas do regime depois de 1935, dadas as suas características ferrenhamente autoritárias, ainda era necessário justificar as medidas contencionistas, de restrição dos serviços e benefícios previdenciários, já que o governo Vargas precisava e desejava ampliar sua base política junto aos trabalhadores urbanos.

Desse modo, não resta dúvida de que houve reorientações e mudanças nas formas de estruturação da luta por direitos previdenciários, visto que o caminho da greve e do enfrentamento mais aberto deixou incontestavelmente de ser uma possibilidade inscrita no horizonte político brasileiro. Isto não quer dizer que essa tenha sido uma era de apatia e de pleno domínio e realização das intenções do Estado. Acreditamos que, diante das condições concretas impostas pela ditadura varguista, buscou-se o caminho possível de negociação, por meio do estreitamento das relações diretas e pessoalizadas com os agentes do Estado, notadamente com Getúlio Vargas, tendo em vista sua política de aproximação e cooptação dos trabalhadores visando à popularização da sua imagem (Reis, 2008).

Assim, mesmo sob o domínio da ditadura, era preciso lidar com a insatisfação evidente dos segurados diante do conhecimento notório de que o sistema acumulava altos recursos financeiros. Nesse caso, o “fetiche da técnica”, de uma lógica de “seguro social” ancorada em princípios exclusivamente atuariais, “objetivos e indiscutíveis”, tornou-se a justificativa dominante. Entretanto, os trabalhadores pro-



curavam contrapor ao argumento tecnicista a natureza política do sistema de previdência, criado para atendê-los e ampará-los, como no caso da carta escrita a Vargas pelo ferroviário Pedro Vieira Pinto, para demonstrar sua total contrariedade com o decreto-lei 2.474, de agosto de 1940, que instituía o limite de 60 anos de idade para a concessão de aposentadoria ordinária pelos institutos e caixas de previdência. Como se procurasse alertar o presidente para a importância dos benefícios previdenciários na configuração das políticas de cooptação do regime, o ferroviário chama a atenção para o aspecto político central do sistema na construção do Estado *benefactor* e na difusão da imagem protetora de Vargas, denunciando os promotores da medida como inimigos do presidente, que ludibriavam a sua boa-fé, arrastando-o ao “ódio de tanta gente” e pondo em risco sua credibilidade junto aos trabalhadores. De fato, o ferroviário não poupa palavras ao criticar tal medida, que parece ter realmente gerado muita insatisfação entre os trabalhadores, sobretudo entre os ferroviários, porquanto foi motivo de envio de diversos telegramas e cartas de sindicatos e de remetentes individuais com reclamações (Reis, 2007).

Vargas fala ao povo da sacada do Palácio do Trabalho durante comemoração do Primeiro de Maio. Rio de Janeiro, 1939

Acervo Arquivo Nacional



Na literatura que trata do tema, é consensual a visão de que não havia uniformidade, entre os institutos, no oferecimento dos benefícios aos seus associados. Sendo assim, cada um deles apresentava separadamente uma cesta específica de benefícios e serviços, com exigências e critérios de concessão diferenciados, tornando-os mais ou menos atraentes e, como salienta Vianna, robustecendo o “corporativismo do mundo sindical, pois as possibilidades de dispor de hospital próprio, obter crédito subsidiado para compra de moradia ou conseguir melhores pensões e aposentadorias apareciam como ‘conquista da categoria’” (Vianna, 2000, p. 141). Isso se devia ao sistema particular de relações de trabalho instituído pelo regime varguista, que, como já dissemos, estimulava cada sindicato a entrar em relações diretas com o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, buscando a efetivação ou o cumprimento de um direito. O resultado disso, segundo Vianna, é que se instalou uma verdadeira competição entre as diversas categorias profissionais pertencentes aos diferentes institutos, na luta por um sistema de proteção previdenciária mais abrangente. Competição estimulada pelo Estado, que, com a prerrogativa de distribuir benefícios e serviços, estratificava, “sob seu controle, a clientela previdenciária”, tornando-a prisioneira das “mediações corporativas interpostas à barganha política” e incapacitando-a para “uma atuação reivindicatória mais consistente com objetivo de alcançar melhorias no sistema” (idem).

É possível que na prática as coisas não tenham se passado bem assim, no sentido de um controle pleno desse processo por parte do sistema de poder varguista e de uma desmobilização e incapacidade de “reivindicação consistente” por parte dos trabalhadores. A literatura mais recente sobre os anos Vargas tem enfatizado que, mesmo no período duro e repressivo do Estado Novo, brechas e possibilidades de atuação política existiram, porquanto as formas de cooptação do sistema de relações de trabalho de base corporativa do varguismo implicavam, em alguma medida, uma via de mão dupla, tendo em vista a necessidade de se criar uma audiência operária para o regime, mais especificamente para Vargas, o que propiciava que os trabalhadores de algum modo apresentassem suas exigências e se fizessem ouvir. Com efeito, diante da crescente importância atribuída por trabalhadores e sindicatos ao sistema de previdência organizado pelo Estado, parece correto anotar sua força potencial como instrumento de construção de alianças e adesões, extremamente eficiente na disseminação da imagem protetora de Vargas e de seu governo e, por este motivo, fundamental para as políticas de sedução do regime. Entretanto, para que isso funcionasse, era preciso negociar com os trabalhadores, reconhecê-los como interlocutores, num jogo de mão dupla em que estes não faziam apenas o papel de bigornas, “na qual o martelo [do Estado] bate em seu ritmo inexorável”, mas, bem ou mal, emprestavam de alguma forma sua voz (Ignatieff, 1987, p. 185-193). Com isto queremos apenas sugerir que se observe o projeto de *gestão controlada do social* de Vargas – ancorado na repressão, na propaganda, na tutela sindical e na “concessão” de uma ampla legislação social e trabalhista – de uma perspectiva mais complexa, tecida por trocas múltiplas, ainda que com recursos de poder flagrantemente desiguais (não podemos esquecer que se tratava abertamente de uma ditadura, que reprimia sem freios o sindicalismo mais autônomo e combativo e punha limites claros às formas de ação e de enfrentamento político). Nesse caso, o que alguns estudos têm apontado (Reis, 2007) é a vigência de um tipo de ação política na qual se busca, “dentro da lei e da ordem”, ou seja, nos quadros concretos do autoritarismo estadonovista, *negociar* com o Estado o atendimento e a constante ampliação de direitos, afinal, na perspectiva ideológica de criar um público operário para si, o regime se apresentava como voltado à defesa e proteção dos trabalhadores. E entre esses direitos incluem-se, de

modo muito significativo, os previdenciários, cada vez mais observados como parte significativa da ampla obra de legislação social e trabalhista *outorgada* pelo regime aos trabalhadores, e que por isso mesmo lhes pertence, faz parte das suas prioridades sociais.

Assim, ainda que o sistema de previdência do pós-30 fizesse parte da estratégia de cooptação do regime e fosse apresentado como mais uma *dádiva* ou *outorga* getulista, gerava um forte sentimento nos indivíduos de que esses órgãos de previdência haviam sido criados para lhes servir e oferecer proteção, sinalizando para um importante sentido de reconhecimento de direitos, ainda que ambigualmente amalgamado com a fórmula retórica da benesse getulista, possibilitando, mediante um processo de reelaboração por parte dos trabalhadores, que fosse transformado “em patrimônio de suas vivências históricas” (Gomes, 1999, p. 57). Basta ver, como exemplo, que o Sindicato dos Bancários, em suas publicações, acentuava sempre o fato de que a criação do IAPB fora “fruto de longa e tenaz campanha”, não sendo “dádiva do regime, mas conquista da greve de 1934, que [a] arrancou do governo”, e por isso mesmo “pertence aos bancários e por eles deve ser administrado” (apud Hochman, 1992, p. 113-123).

Como quer que seja, o fato é que o modelo corporativo do sistema de previdência criado no primeiro governo Vargas, com todas as suas contradições, permaneceu intacto no período democrático de 1945 a 1964, ganhando inclusive fôlego novo no sentido de acentuar a heterogeneidade dos benefícios “na esteira de pressões e acordos políticos particularizados pelo corporativismo sindical” (Vianna, 2000, p. 142). Entretanto, avanços importantes podem ser observados, na medida em que o sistema previdenciário se torna cada vez mais decisivo nas negociações sindicais e nas disputas político-partidárias do período, com ganhos de autonomização que ultrapassam, na prática, os “dispositivos reguladores” instituídos no Estado Novo, em consonância com o clima democrático e o crescimento da movimentação social e política dos trabalhadores brasileiros entre 1945 e 1964.

Manifestação em frente à sede do jornal *A Gazeta*, em São Paulo, durante a primeira greve nacional dos bancários, em julho de 1934. Entre outras reivindicações, o movimento pleiteava a instituição da aposentadoria aos 30 anos de serviço e 50 de idade e a criação de uma caixa única de aposentadoria e pensões para a categoria

Acervo Sindicato dos Bancários de São Paulo
Disponível em
<http://www.spbancarios.com.br/historia.asp>



Trabalhador rural brasileiro: a rede de previdência social demoraria a chegar ao campo

Acervo CPDOC/FGV

O efeito disso foi uma ampliação significativa nas despesas dos institutos, que abandonam, ao longo desse período, a lógica da capitalização e adotam o regime de repartição financeira,¹ decorrência do aumento expressivo do número de filiados, do amadurecimento

do sistema (pessoas começam cada vez mais a se aposentar e a fazer uso dos serviços), mas também de mudanças que diversificaram e incrementaram os planos de benefícios e serviços. A assistência médica, por exemplo, que até 1945, lembra Vianna, permanecera “acessível a poucos trabalhadores, entendida como um ‘fim secundário’ do Instituto”, no caso do IAPI, e proporcionada apenas “quando houvesse disponibilidade de recursos, mediante contribuição suplementar”² (Vianna, 2000, p. 141), amplia seus serviços, com a criação do Serviço de Assistência Domiciliar de Urgência da Previdência Social (SAMDU), em 1949, e do Serviço de Assistência Médica da Previdência Social (SAMPS), em 1955, custeados pelos saldos orçamentários dos institutos, mas controlados pelo Ministério do Trabalho (Vianna, 2000, p. 159). Além disso, muitos institutos ampliam sua rede própria de hospitais e ambulatórios, processo interrompido no período anterior, quando a prática comum passara a ser a compra de serviços de terceiros, por meio de convênios ou contratos com hospitais e clínicas privadas, e com profissionais autônomos, estabelecendo uma nova modalidade de prestação de serviços médicos.

De qualquer modo, o fato é que apesar do crescimento da importância dos institutos e de todas as mudanças operadas no seu funcionamento, na esteira da ampla mobilização social e política do período, eles continuam marcados por grandes problemas. Em vez de incrementar sua participação financeira, como se esperava, a União cada vez mais aumentava sua dívida com o sistema. Os empregadores constantemente atrasavam sua contribuição, transferindo-a, ademais, para o consumidor, na medida em que esta não era deduzida do seu lucro, mas vinha do aumento que o empresariado lançava nos preços dos produtos. O resultado financeiro final disso é que o sistema, a partir dos anos 1960, se torna deficitário (Fleury, 2007, p. 94).

Quanto à concessão de serviços e benefícios, as discrepâncias entre os institutos permanecem como uma característica, na estreita dependência da maior ou menor capacidade de mobilização e



pressão política de uma dada categoria de trabalhadores junto ao aparelho de Estado. Além disso, a oferta de benefícios continua restrita aos indivíduos inseridos formalmente no mercado de trabalho, o que lhes facultava o ingresso em algum IAP específico, nos marcos da chamada “cidadania regulada”. A numerosa população mais pobre, fora do mercado formal de trabalho, portanto excluída do sistema de previdência, continuou a “contar apenas com ‘serviços para indigentes’ proporcionados pelas prefeituras, governos estaduais e entidades filantrópicas, com nítido caráter assistencialista, endereçados aos indivíduos destituídos de qualquer direito” (Vianna, 2000, p. 160). Além disso, o imenso contingente de trabalhadores rurais continuou desprezado, sem nenhuma forma de atenção previdenciária.³

A inclusão parcial da massa de pobres no sistema de proteção previdenciária só ocorreu depois de 1964, com a centralização autoritária do regime militar, e “ao preço da eliminação da influência popular, antes crescente, do expurgo dos dispositivos de interação com o poder, que permitiam ao corporativismo canalizar as demandas dos trabalhadores” (Vianna, 2000, p. 142). Com efeito, a unificação previdenciária de 1966, que cria o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS),⁴ através da junção de todos os IAPs, à exceção do IPASE, é que torna possível a inclusão dos trabalhadores rurais, por meio do Prorural/Funrural (1971), dos empregados domésticos (lei 5.899, de 11/12/1972) e dos trabalhadores autônomos (lei 5.890, de 8/6/1973). Como salienta Vianna, a “cobertura previdenciária se universaliza sob um ordenamento político fechado, repressor das demandas sociais e que, ao invés de hierarquizar a cidadania, a nivela num estatuto inferior” (idem). Mas aqui começa uma outra história...

A era Vargas (1930-1945)

A era Vargas compreende o governo do político gaúcho Getúlio Dornelles Vargas, que se inicia em 1930 e termina em 1945, e se divide em três períodos distintos: governo provisório (1930-1934), governo constitucional (1934-1937) e Estado Novo (1937-1945). No primeiro, Getúlio Vargas, candidato da Aliança Liberal – chapa de oposição que reunia setores das classes médias e grupos oligárquicos dissidentes de Minas Gerais, Rio Grande do Sul e de alguns estados do Nordeste –, após ser derrotado nas eleições para

CIDADANIA REGULADA

A “cidadania regulada” vigente no Brasil a partir de 30, de acordo com Santos, caracteriza um modelo de cidadania que se define pela inserção dos indivíduos em alguma ocupação reconhecida e definida em lei, não se referindo, pois, a um código de valores políticos em que ser membro da comunidade seria suficiente, o que tornava a carteira de trabalho mais do que uma evidência trabalhista um atestado de pertencimento cívico: “a cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos

do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei. Tornam-se pré-cidadãos, assim, todos aqueles cuja ocupação a lei desconhece.

A consequência imediata deste ponto é clara: seriam pré-cidadãos todos os trabalhadores da área rural, que fazem parte ativa do processo produtivo e, não obstante, desempenham ocupações difusas, para efeito legal; assim como seriam pré-cidadãos os trabalhadores urbanos em igual condição, isto é, cujas ocupações não tenham sido reguladas por lei (...) a regulamentação das profissões, a carteira profissional e o sindicato público definem, assim, os três parâmetros no interior dos quais passa a se definir a cidadania” (Santos, 1989, p. 74-75). Em que pese a engenhosidade da formulação, aceita por grande parte dos estudiosos que tratam da questão social no Brasil, e por isso já clássica, a pergunta que se pode fazer é a seguinte: em qual experiência histórica a cidadania, seja em sua vertente civil, política ou social, prescindiu de regulações estatais legalmente sancionadas? (Reis, 2000). Ademais, é preciso lembrar que, no plano dos direitos sociais, em boa parte dos países europeus o processo de sua universalização se estabeleceu apenas no pós-guerra e em grande número destes países, até meados do século XX, a distribuição de direitos sociais entre o campo e a cidade foi bastante desigual (Sorj, 2004).

Afora isto, e voltando à análise da realidade brasileira, a pergunta a ser feita é: qual a garantia de que nas lutas concretas da história os trabalhadores tenham se mantido nos limites da cidadania do trabalho pretendida pelo governo, de forma que os planos estatais de uma “cidadania regulada”, geradora de “lealdade e gratidão”, tenham se afirmado plenamente?

José Roberto Franco Reis

a presidência da República pelo representante das forças políticas de São Paulo, Júlio Prestes, assume o poder através de um movimento armado. A Revolução de 30, como ficou conhecido esse movimento, derruba o governo do paulista Washington Luís e põe fim à chamada República Velha ou República Oligárquica. No segundo período, após o processo constituinte de 1933 e a promulgação da Constituição daí resultante em julho de 1934, Getúlio Vargas se torna presidente constituído de modo legal, eleito, excepcionalmente, de forma indireta pela própria Assembleia. No entanto, em novembro de 1937, quando a campanha da sucessão presidencial já estava nas ruas, Getúlio, com o apoio da cúpula militar e se valendo de um clima “fabricado” de anticomunismo, após o levante comunista fracassado de 1935, promove um golpe que implanta o Estado Novo. Na mesma data da sua implantação, o Congresso Nacional é fechado, os partidos políticos são extintos e é outorgada uma nova Constituição ao país, redigida por Francisco Campos.

O Estado Novo se caracteriza politicamente como uma ditadura pessoal, organizada por meio de um Estado centralizado e forte. Ideologicamente afinado com o fascismo – em particular na defesa de um Estado tutor da sociedade, na crítica à democracia parlamentar, à pluralidade partidária e à representação autônoma de interesses –, deste se diferenciava pela inexistência de um partido único de massas mobilizadas

Manifestação popular da Aliança Liberal no centro do Rio de Janeiro, em setembro de 1929
Acervo CPDOC/FGV



e enquadradas como sua base de apoio. Adotou o corporativismo como doutrina oficial do regime, sendo polêmico o alcance efetivo desta doutrina na sua prática política, social e econômica. Durou até 29 de outubro de 1945, quando ocorreu a deposição de Getúlio Vargas (Dicionário histórico-biográfico brasileiro pós-1930, p. 2.037-44).

A historiografia dedicada a “era Vargas” em geral reconhece este último período como fundamental na produção do chamado “mito Vargas”, sobretudo por intermédio do Departamento de Imprensa e Propaganda (DIP), criado em 1939 com a atribuição de controlar e censurar os meios de comunicação, mas também de divulgar a imagem e os projetos do regime no qual Getúlio Vargas ocupava inegavelmente o lugar de “personagem central”. Assim, uma cuidadosa rede de divulgação do projeto político estadonovista e da figura de Vargas era alimentada por esse órgão, mediante controle e utilização dos meios de comunicação como a imprensa, o rádio, o cinema e também o teatro, a literatura, a música e até o cordel. No entanto, desde o início da era Vargas são estabelecidas políticas públicas que procuram atingir o cotidiano das classes trabalhadoras, de modo a criar uma audiência operária para o regime e ao mesmo tempo promover a imagem de Vargas, responsabilizando-o “pessoalmente pela grande obra antecipatória do direito social brasileiro” – embora não restem dúvidas de que durante o Estado Novo esse processo se intensifique (Gomes, 1988, p. 66). Basta citar a fundação, logo em 1930, do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, conhecido como Ministério da Revolução, e a implementação de diversas medidas que regulavam as condições de trabalho, como a criação da carteira de trabalho, registro profissional e prova documental para fins de controle e obtenção de direitos, e das juntas de conciliação e julgamento para tratar de dissídios individuais e coletivos; a proibição do trabalho de menores de 14 anos; a jornada de oito horas para trabalhadores da indústria e do comércio; a regulamentação do trabalho feminino etc., para nos atermos apenas às que foram implementadas em 1932. Além disso, diversos institutos de previdência, os IAPs, foram criados antes da implantação do Estado Novo.

Incêndio do jornal governista *A Noite*, no Rio de Janeiro, por ocasião da Revolução de 1930

Acervo CPDOC/FGV

Estudantes reunidos na escadaria do palácio Tiradentes para celebrar o aniversário de Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 19 abr. 1942

Acervo Arquivo Nacional





Assim, pode-se dizer que desde o início da era Vargas, embora isso se intensifique no Estado Novo, um ponto chave das estratégias de afirmação ideológica do regime era aquele que colocava Getúlio no lugar especial de ser predestinado, providencial, capaz de “surpreende[r] na fase nascente as aspirações e tendências populares” (fala do ministro do Trabalho, Marcondes Filho, apud Paranhos, 1999, p. 143). Vale dizer, no lugar de presidente “pai dos pobres”, grande doador das leis sociais, a chamada *ideologia da outorga*, que apresentava a legislação trabalhista do período não como uma conquista dos trabalhadores, mas como uma dádiva do governante.

No plano sindical, estabeleceu-se o corporativismo, com a lei de sindicalização de março de 1931 (decreto n. 19.770) que consagrava um modelo de organização em que os sindicatos eram definidos como órgãos consultivos e técnicos de colaboração entre as classes mediadas pelo Estado, e não como órgãos de representação de interesses de patrões e operários. Além disso, tinham de ser reconhecidos oficialmente pelo

recém-criado Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, do contrário seus filiados não receberiam diversos benefícios e vantagens (como, por exemplo, direito a férias e acesso à legislação previdenciária), o que implicava o cumprimento de uma série de exigências estabelecidas pelo ministério, que ademais podia intervir nos sindicatos, caso suspeitasse de irregularidades. Embora tenha sofrido alterações com a lei de sindicalização de 1934, o caráter corporativista da legislação sindical foi reforçado no seu sentido geral com a lei de 1939 e mantido em seus aspectos centrais com a Assembleia Constituinte de 1946, no contexto da redemocratização do país.

Alguns estudiosos, entretanto, entendem a era Vargas não como o período histórico de um governante, Getúlio Vargas (que ademais retorna ao poder em 1950, pelo voto popular, terminando seu mandato de forma trágica em 1954, quando, diante de uma séria crise política, se suicida), mas sim como um modelo de desenvolvimento calcado na substituição de importações, no investimento público em setores estratégicos da economia e no intervencionismo estatal como forma

de regulação societária (que combinava possibilidades de mobilização com repressão policial e controle) e busca de modernização do país. Uma tradição, para o bem ou para o mal, associada a um programa nacional-estatista e desenvolvimentista, que teria se iniciado em 1930 e se encerrado com o golpe civil-militar de 1964.

Texto de apresentação das antigas carteiras de trabalho brasileiras. Assinado pelo ministro Alexandre Marcondes Filho, acompanhou o documento até 1988
Acervo particular



Panfleto da Aliança Nacional Libertadora convocando para comício em celebração ao aniversário do movimento tenentista. Rio de Janeiro, jun. 1935

Acervo Arquivo Nacional/
Fundo Salgado Filho

ALLIANÇA NACIONAL LIBERTADORA

**GRANDE COMICIO POPULAR
NO ESTADIO BRASIL**

A'S 20 HORAS — 5 DE JULHO
Todos ao Estadio Brasil, para comemorar a grande data nacional !

5 DE JULHO !

O Heroismo dos 18 do Forte !

A marcha da columna Prestes !

Data duas vezes gloriosa, mas trahida e roubada ao povo pelos aproveitadores !

Arranquemos para nós a gloria do 5 de Julho !

Honremos a data de 5 de Julho demonstrando o nosso desejo de lutar pela liberdade do povo e pela independencia do Brasil !

Commemoremos o 5 de Julho com a ALLIANÇA NACIONAL LIBERTADORA !

ABAIXO O FASCISMO !

PÃO, TERRA E LIBERDADE !

**ALLIANÇA NACIONAL
LIBERTADORA**

Todos ao grande comicio de 5 de Julho, ás 20 horas - Estadio Brasil

O MOVIMENTO DE 1935 E O ENDURECIMENTO DO REGIME

Em 30 de março de 1935 foi lançada a Aliança Nacional Libertadora (ANL), um movimento de massa antifascista que reunia comunistas, tenentes de esquerda, socialistas e democratas em geral. Possuía um programa nacionalista, de combate ao capital estrangeiro e defesa da reforma agrária, pregando a constituição de um governo popular e democrático (contra o fascismo, representado no Brasil pelos integralistas).

A ANL teve um crescimento bastante rápido, formando em três meses mais de mil e quinhentos núcleos em todo o Brasil, com comícios que atraíam grande número de pessoas e discursos de oposição ao governo Vargas, que identificava como aliado do imperialismo. Diante desse crescimento e de certa radicalização discursiva, o governo Vargas – que desde o começo não via a ANL com bons olhos e já a vinha reprimindo – se aproveita de um discurso de Luís Carlos Prestes (presidente de honra da instituição), pregando a derrubada do regime e o estabelecimento de um “governo popular, nacional e revolucionário”, para determinar o fechamento da instituição em julho de 1935. No mesmo ano, o

Partido Comunista Brasileiro (PCB), liderado por Luís Carlos Prestes, inicia preparativos para um movimento insurrecional, que ocorre primeiramente na cidade de Natal, onde chega a tomar o poder por quatro dias, seguindo depois para Recife e Rio de Janeiro, onde ocorrem confrontos entre as forças rebeldes e as do governo. Da mesma forma que nos levantes tenentistas, a ação se restringiu ao plano militar, com a tentativa de tomada de quartéis, sem maior envolvimento popular. O resultado foi o fracasso do levante, rapidamente dominado pelas forças governamentais. Vargas se aproveita bem da insurreição e, sob pretexto do perigo comunista internacional, dá início a forte escalada repressiva e autoritária, que resulta, dois anos depois, na implantação da ditadura do Estado Novo.

José Roberto Franco Reis

Na corda bamba de somb

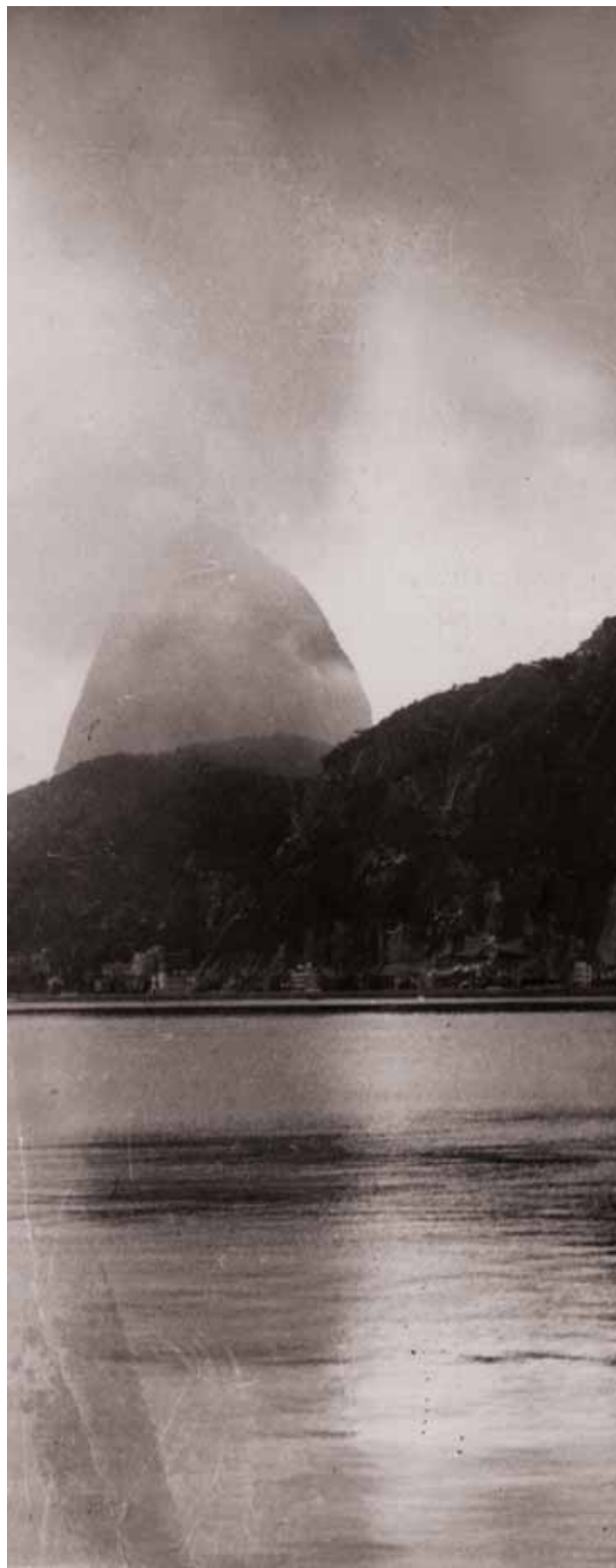
Bilhete assinado por
Luís Carlos Prestes
determinando o início
do levante de 1935 em
Minas Gerais. 29 nov.
1935

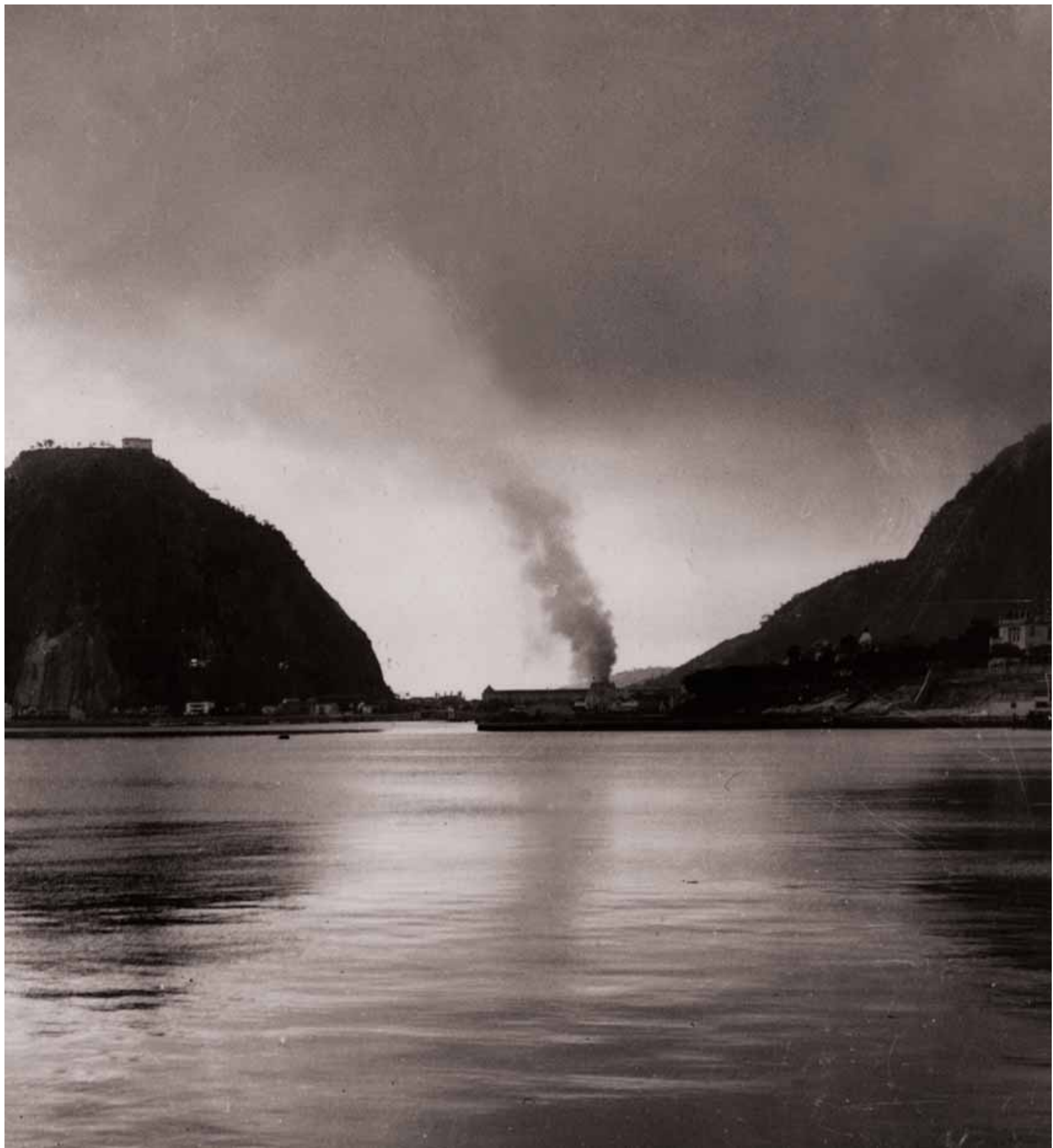
Acervo Arquivo Nacional

Terceiro Regimento de
Infantaria, na Praia
Vermelha, em chamas,
durante o levante de
1935. Rio de Janeiro, 28
nov. 1935

Acervo Arquivo Nacional/
Fundo Correio da Manhã

Meu caro Trifunio ^{25/XI/35}
Entamos frente à Revolução
e aqui não poderemos espe-
rar mais de 2 ou 3 dias.
Conto com a tua energia e
decisão no sentido de
dirigir a Revolução em
suas - pragas.
Abraço-te o
Prestes





SAÚDE PÚBLICA NO GOVERNO VARGAS

Cristina M. O. Fonseca

Durante o primeiro governo de Getúlio Vargas (1930-1945), constituiu-se um amplo arcabouço institucional no âmbito da saúde pública que consolidou as bases do sistema público de saúde no Brasil e nos legou heranças que perduram até os dias de hoje.

Esse abrangente complexo institucional foi formado a partir da separação das atribuições de dois ministérios criados ainda em fins de 1930: o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC). Nesse último estabeleceu-se o arcabouço jurídico e material da assistência médica individual previdenciária, que com o passar dos anos se tornaria uma das principais referências para a prestação de serviços públicos de saúde. No MESP, atrelada à educação, ficou a saúde pública, ou melhor, tudo o que dissesse respeito à saúde da população e que não se encontrasse na área de abrangência da medicina previdenciária.

As divergências sobre o futuro do país, que marcaram o cenário nacional no imediato pós-30, repercutiriam também no recém-criado MESP. O formato institucional a ele atribuído deveria obviamente ser compatível com o projeto político vitorioso. Porém, tal como os debates que ocorriam na esfera política nacional, os primeiros anos do ministério se caracterizaram pela indefinição e inconstância de propostas e projetos. Uma das evidências dessa indefinição encontra-se na alternância de ministros à frente do órgão, que em seus quatro primeiros anos foi conduzido sucessivamente por Francisco Campos, Belisário Pena e Washington Pires.⁵ Este quadro de instabilidade e substituições no cargo ministerial mudou substancialmente a partir de julho de 1934, quando Gustavo Capanema tomou posse como novo gestor da área de educação e saúde e inaugurou uma nova fase na história institucional da saúde no país. Permanecendo no cargo até o final do primeiro governo Vargas, em 1945, Capanema implementará reformas importantes, consolidando uma nova estrutura administrativa para a saúde pública que perdurará, com poucas alterações, até a criação, em 1953, do Ministério da Saúde.

Quando foi criado, em 1930, o MESP atuaria como um instrumento burocrático cujo propósito era consolidar uma estrutura de serviços em todas as regiões do Brasil, prestando atendimento inclusive à área rural – excluída do raio de ação dos organismos previdenciários – e a uma grande parcela da população, diversa e dispersa por todo o país. A estratégia de reforçar uma organização burocrática com atuação nacional não só se adequava aos interesses políticos do governo federal em sua relação com os governos estaduais, como também atendia aos objetivos delineados na esfera ideológica, voltados para a consolidação de uma nova nação. Prestar assistência a toda população brasileira demandava uma estrutura que garantisse a presença do governo central nas regiões mais remotas do país. Para o

desenvolvimento de ações efetivas e bem-sucedidas, eram necessários representantes do governo federal nos estados e o estabelecimento de parcerias com os governos locais.

Toda a estrutura de saúde pública reorganizada durante a gestão de Gustavo Capanema (1934-45) esteve portanto orientada pela preocupação do governo em marcar presença em todo o país: partindo das capitais, investir no interior, nos municípios e montar uma rede bem articulada de serviços de saúde. Esse processo foi conduzido pessoalmente por João de Barros Barreto, nomeado diretor-geral do Departamento Nacional de Saúde (DNS) em fevereiro de 1937, quando Capanema aprovou a primeira reforma de sua gestão. A liderança de Barros Barreto à frente do principal órgão da área seria um importante fator para assegurar a continuidade das mudanças em andamento e das diretrizes adotadas posteriormente na condução das políticas públicas de saúde. A partir daí, teve início um período de intenso trabalho normativo, com elaboração de leis, regulamentos e códigos sanitários que objetivavam padronizar as atividades dos diversos serviços de saúde nos estados em seus mínimos detalhes, conjugando uma centralização normativa com uma descentralização executiva.

Quatro anos depois, em 1941, já sob o regime do Estado Novo, Gustavo Capanema complementaria as mudanças que iniciara em 1937, realizando outras importantes alterações no DNS, no sentido de



Gustavo Capanema com funcionários do Ministério da Educação e Saúde Pública durante comemoração do segundo ano de sua gestão. Presentes, entre outros, da esquerda para a direita: Maria Drumond de Andrade (cachecol); Coryna Reboir (vestido preto); Adila da Rocha e Sousa; Hugo Gothier (de bigode); Clotilde Roman; Antonio Leal Costa; Gustavo Capanema; Carlos Drumond de Andrade; Gastão Soares de Moura Filho (de bigode); João de Barros Barreto (terno branco); Valdomiro Pires (de óculos); Raimundo Peregrino Jr. e Antenor Nascentes (de óculos). Rio de Janeiro, 27 jul. 1936

Acervo CPDOC/FGV

centralizar ainda mais a participação federal na gestão da saúde – dessa vez, prescindindo do Congresso, fechado desde novembro de 1937, quando da instauração do governo ditatorial. Nessa ocasião foram criados 12 serviços nacionais relacionados a doenças específicas e duas novas divisões, a Divisão de Organização Sanitária e a Divisão de Organização Hospitalar, que incorporaram funções até então desempenhadas pelas antigas divisões de Saúde Pública e de Assistência Hospitalar do DNS.⁶

Acompanhando este processo de reformulação institucional, houve também grande investimento na formação e especialização de profissionais vinculados à área de saúde pública. Era necessário formar profissionais especializados, orientá-los e direcioná-los para postos-chaves na estrutura administrativa do governo federal, capacitando-os para funções específicas em diferentes regiões do país. Nesse sentido, o governo adotou medidas com o intuito de regulamentar e ‘ampliar’ o processo de especialização das diversas categorias profissionais de saúde, procurando ressaltar o papel destas na interiorização das ações de saúde pública. Segundo Barros Barreto, as carreiras que mais interessavam à tarefa sanitária eram as de médico sanitarista, médico clínico para os dispensários, técnico de laboratório, engenheiro, dentista, veterinário, enfermeira, guarda sanitário, prático de laboratório e atendente. Para elas foram realizados cursos de especialização em diferentes estados do Brasil, assim como se passou a exigir concurso para ingresso na carreira pública. E todas viriam a




Sede do Serviço Nacional da Peste em Pernambuco. Ao centro, de terno, Celso Arcoverde (chefe da circunscrição), rodeado por guardas sanitários. Recife, 1948
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Atestado de imunidade contra a febre amarela conferido pelo Serviço Nacional de Febre Amarela

Acervo Bio-Manguinhos/Fiocruz

N.º Q-75701

**REPÚBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL**
SERVIÇO NACIONAL DE FEBRE AMARELA

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE IMUNIDADE CONTRA A FEBRE AMARELA
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF IMMUNITY AGAINST YELLOW FEVER
(CONVENÇÃO SANITÁRIA, INTERNACIONAL DE 1944)
(INTERNATIONAL SANITARY CONVENTION, 1944)

CERTIFICO que **MANOEL SANTOS**
This is to certify that _____

Idade **36** Sexo **Masc.** Cujas assinaturas se encontra abaixo, é imune contra
Age **36** Sex **Masc.** Whose signature appears below is immune to

a **FEBRE AMARELA**, por ter tido a infecção. Esta imunidade foi demonstrada pela prova de
YELLOW FEVER as the result of an attack of the disease. This immunity has been demonstrated by the

proteção em camundongo.
mouse protection test.

Data da sangria **23-4-47** Localidade em que foi sangrado **Rio**
Date of bleeding _____ Place of bleeding _____

Laboratório que realizou a prova **SERVIÇO NACIONAL DE FEBRE AMARELA**
Laboratory performing the test **Rio de Janeiro, Brasil**

Data da realização da prova **4-6-47** Resultado **6-6 Positivo**
Date of test _____ Result of test _____

Assinatura do Chefe do Laboratório **Dr. Henrique Pena**
Signature of Laboratory Chief _____

Assinatura da pessoa submetida à prova **Manoel Santos**
Signature of person tested _____

Este Certificado não é válido sem o carimbo do S. N. F. A. no verso
This Certificate is not valid without the S. N. F. A. Stamp on the verso

FA 141
20.000 - 3 - 47

desempenhar, durante os anos seguintes, papel relevante nas estruturas institucionais da saúde pública (Barreto, 1938b, p. 303).

A prioridade atribuída pelo governo à especialização profissional e a instituição de carreiras públicas federais constituíram elementos importantes para reforçar as diretrizes burocráticas nas políticas públicas de saúde. Por outro lado, em determinados momentos foram também apresentadas como necessárias para fazer frente aos interesses políticos locais, pois neutralizavam a velha herança patrimonialista que, na visão dos intelectuais da época, prejudicava o processo de construção nacional e o desenvolvimento do país. Em tais circunstâncias, a formação técnica era mencionada como contraponto à ingerência de interesses políticos nas atividades de saúde pública. O próprio Barros Barreto defendia a especialização técnica como um recurso necessário para que as tarefas relativas à saúde pública fossem executadas por sanitaristas e resguardadas das interferências políticas locais.

Este processo de estatização da saúde pública que se intensificou com a burocratização do Estado, em especial a partir da decretação do Estado Novo, imprimiu às ações de saúde uma ênfase nacionalista que se sustentava, sobretudo, nos princípios de centralização, coordenação e normatização. Nesse sentido, a nacionalização das ações públicas de saúde, fortalecida na estrutura centralizadora adotada pelo ministério, deveria ocorrer mediante detalhada normatização das atividades sob a coordenação do governo federal, acompanhada de investimento na formação e especialização de profissionais de saúde e de constante debate sobre a adequação entre saúde pública e assistência médica.

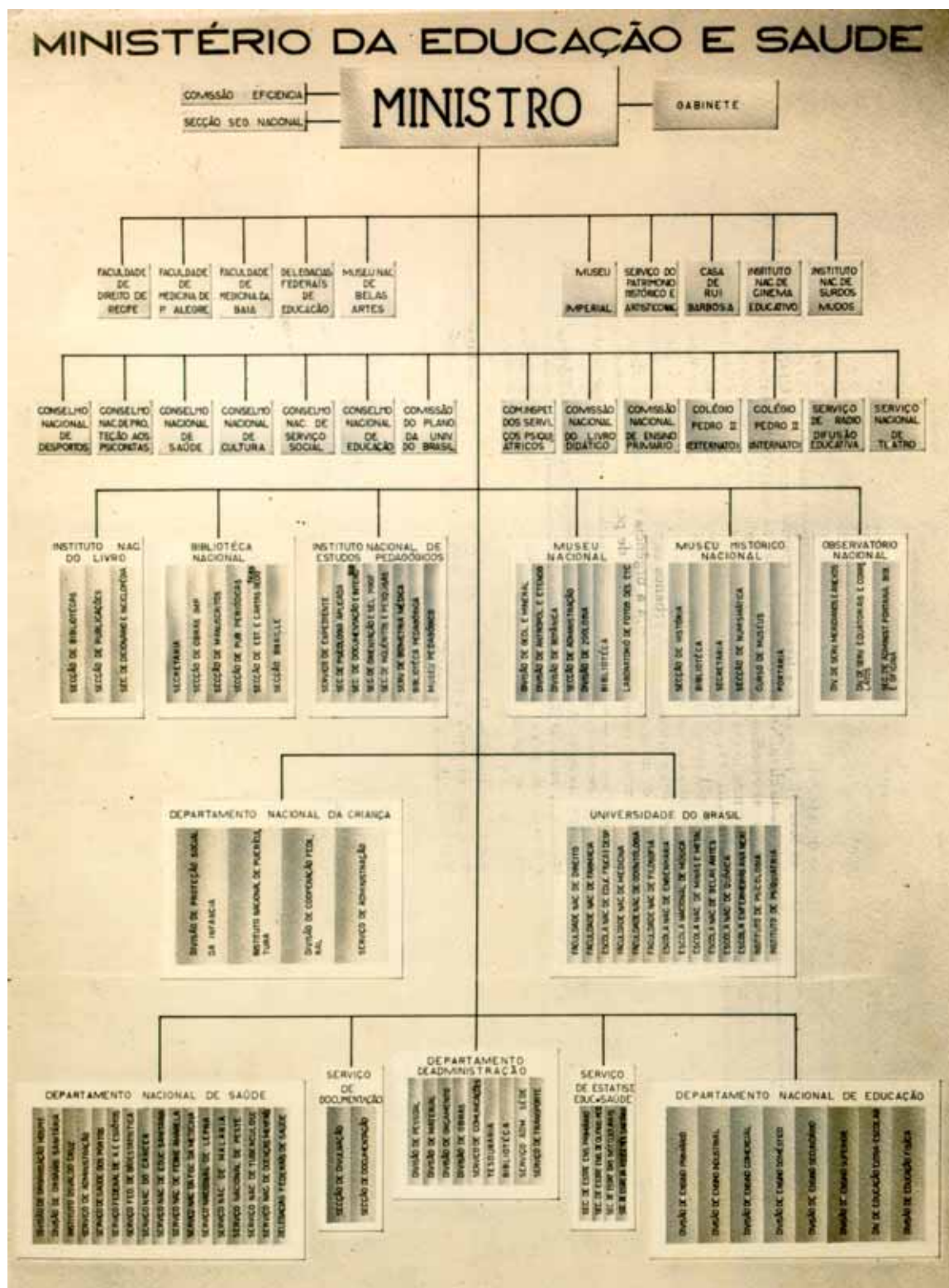
4



Médico em visita a
localidade no interior do
país, c.1942-1945

Foto: Alan Fisher
Acervo CPDOC/Arquivo
Gustavo Capanema

Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história



Organograma do Ministério da Educação e Saúde em 1941
Acervo CPDOC/FGV

Essas preocupações e objetivos não eram exclusivos dos dirigentes políticos brasileiros, encontrando-se também presentes em temas e diretrizes discutidos nos fóruns internacionais de saúde. Portanto, as mudanças realizadas gradativamente no campo da saúde pública, a partir da criação do MESP em 1930, acompanhavam um duplo movimento. Internamente, associavam-se ao contexto político e ao projeto ideológico do novo governo, enfrentando as condições específicas da realidade brasileira e os interesses em jogo na área de atuação do ministério. No plano externo, adaptavam-se, em muitos aspectos, às propostas então debatidas em fóruns internacionais, preconizadas e aplicadas em particular nos Estados Unidos, e incorporavam as prioridades de ação pública em saúde defendidas em conferências e congressos patrocinados pela Oficina Sanitária Pan-Americana (como era denominada então a Organização Pan-Americana da Saúde).⁷

A Oficina Sanitária Pan-Americana realizou vários congressos no período de 1930 a 1945, mantendo uma agenda regular de debates sobre política de saúde e procurando consolidar-se como fórum de interação entre os diversos países latino-americanos.⁸ A tal contexto foram incorporados, após 1939, os problemas de saúde pública decorrentes da Segunda Guerra, aos quais setores norte-americanos passam a dedicar uma atenção cuidadosa em determinados aspectos.

No decorrer desse processo, na interseção entre as reformas na estrutura de saúde nacional e o diálogo dessas transformações com as diretrizes internacionais de saúde, foi também criado, dentro do Ministério da Educação e Saúde, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).

4



O ministro das Relações Exteriores, Oswaldo Aranha (à direita), cumprimenta o embaixador norte-americano Jefferson Caffery, na presença do ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema (sentado, ao centro), por ocasião da assinatura do acordo que deu origem ao Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Rio de Janeiro, 17 jul. 1942

Acervo CPDOC/FGV

Resultado de um convênio entre o MES e o Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA), o objetivo inicial da nova instituição era controlar a malária no Vale do Rio Doce e na Amazônia, regiões produtoras de matérias-primas como borracha e ferro, as quais, no contexto de guerra, muito interessavam aos Estados Unidos. A criação do SESP veio somar-se às mudanças em curso na estrutura do DNS, constituindo mais um órgão de atuação nacional na área da saúde pública a privilegiar o interior do país, dessa vez considerando a posição estratégica das regiões para o desenvolvimento social e econômico.

As ações do SESP teriam desdobramentos importantes e deixariam marcas significativas no processo de institucionalização da saúde pública brasileira. Ele se destacaria tanto na formação de técnicos e especialistas em saúde pública como no fortalecimento de um modelo de prestação de serviços que, sob certos aspectos, guardava semelhanças com os padrões definidos pelo DNS na reforma de 1941. Suas atividades se voltaram principalmente para o treinamento e a qualificação profissional, a educação sanitária e a criação de uma rede integrada de serviços de saúde.

A afinidade do SESP com o DNS explica-se, em parte, pelo intenso intercâmbio, ocorrido durante as décadas de 1930 e 1940, entre profissionais brasileiros e norte-americanos, além da formação de vários membros do DNS nos Estados Unidos, o que consagrou a influência norte-americana nas políticas públicas de saúde no Brasil. Além disso, diversos técnicos do SESP passaram por serviços do DNS e vice-versa. A par da afinidade de propósitos, o SESP manteria ao longo de sua vida institucional autonomia total em relação ao DNS, subordinando-se diretamente ao ministro e desempenhando um importante papel na história da saúde pública brasileira.⁹

A partir deste rápido panorama sobre as principais características da institucionalização da saúde nos anos de 1930 e 1940, é possível observar que foi no decorrer desse processo que se assentaram as bases para a expansão dos serviços de saúde no país, para a identificação das necessidades mais urgentes no setor e para a introdução de estratégias de ação coordenada em



Visitadora e estudante do Curso de Visitadoras Sanitárias do Programa da Amazônia do SESP são recebidas por uma família. Santarém (PA), entre 1945 e 1947

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Alunas assistem a palestra na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1951

Acervo Casa de Oswaldo Cruz



Folheto de divulgação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Idealizada pelo SESP, a escola visava a formação de enfermeiras para atuar na rede pública e hospitalar do país
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

todo o território brasileiro. Ao implantar um sistema rígido de normas e controle sobre a execução de atividades na área, o governo Vargas contribuiu decisivamente para a institucionalização de diversos serviços e para a consolidação de uma estrutura não só burocrática, mas de serviços de saúde de amplo atendimento à população, com fortes características centralizadoras.

A análise desse período revela uma história significativa e peculiar para a saúde pública no Brasil, tanto no que diz respeito às inovações da esfera institucional, quanto no âmbito da formação profissional e no envolvimento dos profissionais com os desafios e projetos para o setor. Elaborado em um contexto político próprio e sob uma determinada visão de vida político-partidária, o formato de atuação pública na área da saúde então implementado implicaria, nos anos subseqüentes, a ausência de serviços controlados e/ou administrados pelo município.

Somente na década seguinte, este desenho institucional começaria a ser questionado, já em um contexto diverso, em que a participação municipal nas políticas públicas de saúde foi repensada e valorizada como elemento constitutivo de um sistema democrático. Em 1955, o ministro da Saúde Aramis Athayde (1957, p. 54), em conferência pronunciada na abertura do XII Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em Belém, reconhecia que João de Barros Barreto havia dado incontável amplitude nacional ao movimento sanitário, com a centralização da administração sanitária pelo governo federal e pelos governos estaduais. Por outro lado, destacava que os regulamentos sanitários, aprovados em quase todos os estados brasileiros entre 1938 e 1940, haviam excluído a autoridade municipal dos assuntos atinentes ao campo da saúde pública (Athayde, 1957, p. 29) e indicava a necessidade de se reformular essa estrutura, de forma a possibilitar o resgate do papel do município na gestão pública com base em outros moldes.

Essa concepção de organização dos serviços de saúde pertencia ao ideário do *sanitarismo desenvolvimentista*, que ganhou força durante o segundo governo de Getúlio Vargas (1951-1954) e na gestão de Juscelino Kubitschek (1956-1961). Sob a liderança de figuras como Mário Magalhães e Samuel Pessoa, esta corrente, em acordo com tendências do pensamento crítico internacional em saúde, defendia uma íntima relação entre desenvolvimento econômico e saúde; criticava a organização excessivamente verticalizada dos serviços de saúde pública, orientados por doenças; e atribuía, tal como expressou em seu discurso o ministro Athayde, importância destacada ao município na organização dos serviços de saúde. O auge deste movimento pode ser identificado na III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, já no governo de João Goulart (1961-1964).

O golpe militar de 1964, redefinindo dramaticamente as forças políticas no poder, pôs fim a esses anseios por reforma, retrocedendo às medidas centralizadoras. As concepções favoráveis à descentralização coordenada na organização dos serviços só voltariam a ganhar novo fôlego a partir de inícios dos anos 1980. No novo cenário político, a relação entre União, estados e municípios, entre poder local e governo central, novamente seria repensada e redesenhada, gerando debates e propostas que culminariam na aprovação do Sistema Único de Saúde e, aí sim, no processo efetivo de transformação da estrutura gerada no governo Vargas.

A CRIAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Carlos Fidelis Ponte

A redemocratização do país, após o fim da Segunda Guerra Mundial, gerou um ambiente propício à retomada das discussões sobre a criação de uma pasta específica para a área da saúde. A queda da ditadura Vargas abriu espaço para uma rearticulação do processo político e trouxe consigo a possibilidade de se repensar a organização do Estado e da sociedade em moldes distintos daqueles defendidos pelos segmentos que até então detinham o controle da máquina estatal.

Oficializada em 25 de julho de 1953, a criação do Ministério da Saúde se deu em meio a um intenso debate sobre as atribuições e a configuração a ser assumida pelo Estado de maneira geral e, mais especificamente, pela área social. No campo da saúde, os embates opunham, grosso modo, os que defendiam a subordinação da assistência médica a um conceito de saúde pública que superasse o corporativismo e englobasse saúde pública e medicina previdenciária, e aqueles que propugnavam pela manutenção da separação entre tais setores (Hamilton & Fonseca, 2003).

Balizada por posições díspares e de peso político amplamente desproporcional, a discussão acabou por confluir para que se mantivesse a separação entre essas duas esferas de atuação do Estado, permanecendo a assistência médica individual na órbita de influência da previdência social – apesar de terem sido apresentadas propostas de unificação como a que defendia a criação de um Ministério da Previdência que encamparia a área da saúde, ou ainda, a da criação do Ministério dos Serviços Sociais (Hamilton & Fonseca, 2003).

Definidos os limites da disputa, os debates passaram a girar em torno das atribuições do novo ministério. Para muitos, como Miguel Couto Filho (que viria a ser o primeiro titular da nova pasta), caberia ao Ministério da Saúde preocupar-se em primeiro lugar com as zonas rurais do país, expandindo seus serviços para além do combate às endemias e levando também a assistência médica às populações das áreas interioranas não atendidas pela medicina previdenciária, eminentemente urbana e vinculada ao pagamento de contribuições trabalhistas. Para ele e seu grupo, o governo federal deveria, ainda, estabelecer uma política de saúde que orientasse as ações dos diversos setores implicados direta ou indiretamente na resolução dos problemas sanitários do país (idem).

Limitada por circunstâncias políticas, a proposta que emergiu do debate sobre a criação do Ministério da Saúde, apesar de representar um antigo anseio dos sanitaristas, circunscreveu, na prática, as atribuições da nova pasta ao âmbito de atuação do antigo Departamento Nacional de Saúde, fechando, assim, as possibilidades de constituição de alternativas inovadoras e mais condizentes com as reais necessidades do país. Como veremos adiante, a ideia de centrar as ações do novo ministério quase que exclusivamente

nas zonas rurais mostrou-se cedo incapaz de dar conta dos novos desafios impostos pelo processo de modernização da economia e pela intensa urbanização observada nas décadas seguintes (Hamilton & Fonseca, 2003).



Bustos de Getúlio Vargas retirados das ruas após a queda de seu governo. Rio de Janeiro, out. 1945
Acervo CPDOC/FGV

Miguel Couto Filho
Acervo Agência O Globo



Notas

¹ No modelo de repartição os trabalhadores ativos financiam, com suas contribuições atuais, as aposentadorias e pensões dos inativos e os demais serviços oferecidos, num sistema de solidariedade geracional. No sistema de capitalização, a própria contribuição anterior do trabalhador, potencializada em termos de investimento, ou seja, “capitalizada”, financia os benefícios ofertados.

² Como o IAPI, com sua lógica contencionista pautada em critérios tecnicistas da relação custo-benefício, se refletiu sobre os demais, vários foram os institutos que, seguindo o mesmo caminho, suprimiram serviços médicos, instituindo, em geral, assistência médica por contribuição suplementar (Vianna, 2000, p. 141).

³ A Lei Orgânica de Previdência Social (LOPS) de 1960 instituiu a previdência rural, mas esta ficou apenas no papel, já que a lei não estabeleceu como seria o seu financiamento.

⁴ Em 1960 ocorre uma uniformização dos benefícios concedidos, através da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), mantendo-se, no entanto, inalterada a estrutura fragmentada do sistema de previdência (Vianna, 2000, p. 159).

⁵ A substituição no ministério obedeceu à seguinte sequência: Francisco Campos (18 nov. 1930 a set. 1931); Belisário Penna (set. 1931 a dez. 1931); Francisco Campos (jan. 1932 a set. 1932) e Washington Pires (set. 1932 a jul. 1934).

⁶ Os serviços criados foram os seguintes: Serviço Nacional da Peste (SNP), Serviço Nacional de Tuberculose (SNT), Serviço Nacional de Febre Amarela (SNFA), Serviço Nacional do Câncer (SNC), Serviço Nacional de Lepra (SNL), Serviço Nacional de Malária (SNM), Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES), Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina (SNFM), Serviço Nacional de Saúde dos Portos (SNSP), Serviço Federal de Bioestatística (SFB) e Serviço Federal de Águas e Esgotos (SFAE) (Brasil, decreto-lei 3.171, 2 de abril de 1941).

⁷ Em suas ações, Barros Barreto orientou-se por vasta literatura internacional, em sua grande maioria norte-americana, e deixava clara esta influência nas suas propostas para o modelo institucional de saúde em adoção no país. Baseou-se também na experiência de algumas cidades dos Estados Unidos que havia visitado (Barros Barreto, 1937, p. 339).

⁸ Nesse período, a Oficina Sanitária Pan-Americana patrocinou a realização da IX, X e XI Conferências Sanitárias Pan-Americanas, respectivamente, em Lima (1934), Bogotá (1938) e Rio de Janeiro (1942). Também promoveu, intercaladas a esses eventos, a III, IV e V Conferências Pan-Americanas de Diretores Nacionais de Saúde, respectivamente, em 1936, 1940 e 1944, todas realizadas em Washington.

⁹ O convênio perdurou até 1960, sendo que a participação norte-americana, através de recursos financeiros e atuação de técnicos estrangeiros, seria reduzida aos poucos após o final da Segunda Guerra. A partir de 1950, com o governo brasileiro já responsável por 95% dos custos totais dos serviços, o SESP expandiu sua atividade para outras regiões, empenhado na construção de uma estrutura sanitária de base no interior do país. Para mais informações sobre o SESP, ver Campos (2006) e Guimarães (1995).

4

Referências bibliográficas

Entre a saúde pública e a medicina previdenciária

BATICH, Mariana. *Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 3, jul.-set. 2004.

HAMILTON, Wanda S. Debate sobre a criação do Ministério da Saúde. In: III Seminário Interno do Departamento de Pesquisa da Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz; Fiocruz, 1993 (mimeo).

_____ e FONSECA, Cristina 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, p. 791-826, 2003.

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. 1. ed. São Paulo: Hucitec; ANPOCS, 1998. v. 1.

MALLOY, James. *Política de previdência social no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

PONTE, Carlos Fidelis. Vacinação, controle de qualidade e produção de vacinas no Brasil a partir de 1960. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* [online], 2003.

Vargas e a previdência: entre a dádiva e o direito

BOSCHETTI, Ivanete. *Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção de políticas de previdência e assistência social no Brasil*. Brasília: Letras Livres; Ed. UnB, 2006.

DICIONÁRIO Histórico-Biográfico Brasileiro pós-1930. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV; CPDOC, 2000.

FLEURY, Sonia. Assistência médica previdenciária: evolução e crise de uma política social. In: FLEURY, Sonia; BAHIA, Lígia e AMARANTE, Paulo (Orgs.). *Saúde em debate: fundamentos da reforma sanitária*. Rio de Janeiro: CEBES, 2007.

GOMES, Ângela de Castro. *A invenção do trabalhismo*. São Paulo; Rio de Janeiro: Vértice; Iuperj, 1988.

_____. Ideologia e trabalho no Estado Novo. In: PANDOLFI, Dulce (Org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1999, p. 57.

HOCHMAN, Gilberto. Duas gêneses, duas histórias na previdência social brasileira: o Instituto dos Industriários e o Instituto dos Bancários. *Cadernos de História e Saúde*, v. 2, Fiocruz; Casa de Oswaldo Cruz, 1992.

_____. e FONSECA, Cristina M. O. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, Dulce (Org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1999.

IGNATIEFF, Michel. Instituições totais e classes trabalhadoras. *Revista Brasileira de História*, v. 7, n. 14, p. 185-193, São Paulo, ANPUH, Marco Zero, 1987.

MALLOY, James. *Política de previdência social no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

OLIVEIRA, Jaime e TEIXEIRA, Sônia. *(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis; Rio de Janeiro: Vozes; Abrasco, 1986.

PARANHOS, Adalberto. *O roubo da fala: origens da ideologia do trabalhismo no Brasil*. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999.

REIS, Fábio Wanderley. *Mercado e utopia: teoria política e sociedade brasileira*. São Paulo: Edusp, 2000.

REIS, José Roberto Franco. Estado, trabalhadores e previdência social: a dialética do direito e do protetor (1937-47). In: SENA JUNIOR, Zacarias F. de. *O Estado Novo: as múltiplas faces de uma experiência autoritária*. Salvador: Edunab, 2008.

_____. Cultura de direitos e Estado: os caminhos (in)certos da cidadania no Brasil. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C. e REIS, José Roberto F. *Sociedade*,

Estado e direito à saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; Fiocruz, 2007.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SORJ, B. *A democracia inesperada: cidadania, direitos humanos e desigualdade social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

VIANNA, Maria Lúcia T. Werneck. *A americanização perversa da seguridade social do Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan; Ucam-Iuperj, 2000.

Saúde pública no governo Vargas

ATHAYDE, Aramis. Conferência na abertura do XII Congresso Brasileiro de Higiene. Belém, 13 de janeiro de 1955. Rio de Janeiro: Serviço de Documentação/Ministério da Saúde, 1957.

BARROS BARRETO, João. Normas para uma Organização Estadual de Saúde Pública. *Arquivos de Higiene*, ano 7 (2), p. 339, 1937.

_____. Saúde pública no Brasil. *Arquivos de Higiene*, ano 8 (2), p. 289-304, 1938b.

CAMPOS, André Luiz Vieira de. *Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

SCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008, p. 333-384.

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

GUIMARÃES, Maria Beatriz Lisboa. *SESP: versos e controverso de uma instituição*. Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz; Fiocruz, 1995.

A criação do Ministério da Saúde

HAMILTON e FONSECA, Cristina. 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, p. 791-826, 2003.