

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

CHRISTIANE DE ROODE TORRES

**O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE:
TRADIÇÃO E INOVAÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA
(1940-1980)**

Rio de Janeiro

2020

CHRISTIANE DE ROODE TORRES

**O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE:
TRADIÇÃO E INOVAÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA
(1940-1980)**

Tese de doutorado 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 Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Henrique Paiva

Rio de Janeiro

2020

CHRISTIANE DE ROODE TORRES

**O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE:
TRADIÇÃO E INOVAÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA
(1940-1980)**

Tese de doutorado 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 Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Carlos Henrique Paiva (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz) – Orientador

Prof. Dra. Lina Rodrigues de Faria (Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - Universidade Federal do Sul da Bahia)

Prof. Dra. Luciana Dias de Lima (Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fiocruz)

Prof. Dr. Luiz Antônio da Silva Teixeira (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz)

Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues (Departamento de Políticas, Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social - UERJ)

Suplentes:

Prof. Dr. Luiz Alves Araújo Neto (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz)

Prof. Dra. Vanessa Lana (Departamento de História - Universidade Federal de Viçosa)

Rio de Janeiro

2020

Ficha Catalográfica

T693p Torres, Christiane de Roode.

O processo de construção do Sistema Nacional de Saúde :
tradição e inovação na Política de Saúde Brasileira (1940-1980) /
Christiane de Roode Torres. – Rio de Janeiro : s.n., 2020.
282 f.

Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) –
Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2020.
Bibliografia: 224-245f.

1. Sistemas de Saúde. 2. Políticas Públicas de Saúde.
3. Saúde Pública. 4. História do Século XX. 5. Brasil.

CDD 362.1

Catálogo na fonte – Marise Terra Lachini – CRB6-351

Aos meus amados filhos Alexia, Milena e Nicolas:
os melhores presentes que a vida me deu.

AGRADECIMENTOS

E eis que chegou a hora!

Em outubro de 2016, grávida de 6 meses de Nicolas, meu terceiro filho, entre muitas leituras e conversas com meu orientador, eu finalizava o projeto de tese a ser submetido para o processo seletivo do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz. Fui aprovada e ingressei, então, em um universo totalmente novo, com uma linguagem, ritos e conteúdos muitíssimo diferentes de minha formação, os quais, depois de um certo estranhamento e adaptação, passei a admirar. Concordo com minhas filhas, Milena e Alexia (hoje com 16 e 19 anos), quando afirmam que mudei muito nesses anos dedicados ao doutorado, não somente pelo aprendizado da pesquisa, mas na transformação da forma de pensar.

Sendo assim, chegado o momento de agradecer, destaco o importante papel da Fundação Oswaldo Cruz na minha formação acadêmica. Conheci a instituição em 1991, quando ainda era uma aluna de graduação em Medicina, inserida em um projeto de iniciação científica (IC) na UFRJ. Nessa época, frequentemente me dirigia ao Pavilhão Cardoso Fontes para pegar cobaias com esquistossomose, como parte do projeto de pesquisa que culminou no meu mestrado. Desde então, cultivo grande afeto pelo que essa instituição representa: excelência no ensino, na assistência e na pesquisa. Em 2011, tive a felicidade de me tornar servidora da Fiocruz, a qual, de diversas formas, apoiou e favoreceu a elaboração deste trabalho.

Meus sinceros agradecimentos à renomada Casa de Oswaldo Cruz por ter me aceito como doutoranda. Um abraço muito especial à equipe da secretaria, sempre muito solícita e acolhedora, e meu reconhecimento àqueles professores que ensinam com paixão e sabem despertar o melhor em seus alunos.

Agradeço aos honrados professores que prontamente aceitaram o convite para participar da banca dessa tese. Tenho certeza que suas considerações serão fundamentais para a adequada conclusão dessa pesquisa.

Ao Carlos Henrique, meu orientador, vou repetir o que disse mais de uma vez: que coragem, hein? Uma aluna de doutorado em História, formada em medicina, mestre em bioquímica e grávida! Nada disso foi obstáculo para que construíssemos uma excelente relação acadêmica e pessoal. Sim, tive dificuldades de diversas ordens, afinal, a vida continua enquanto estamos no doutorado. Nesses momentos, Carlos foi sempre de preciosa compreensão, sabendo cobrar quando era necessário e apoiar quando indispensável. Obrigada é pouco... E vamos seguir com essa parceria!

Nesse sentido, como não lembrar e agradecer ao querido Professor Sérgio Teixeira Ferreira? Fui sua aluna de IC durante 6 anos e, a seguir, de Mestrado por quase dois anos, no Departamento de Bioquímica Médica da UFRJ. Foi um longo e prazeroso convívio, durante o qual dei meus primeiros passos no mundo da Ciência, entre tubos de ensaio, pipetas e enzimas. Foram anos inesquecíveis de muito aprendizado, descobertas e amizades. Sua carta de recomendação para meu ingresso no doutorado foi incrível e me emocionou muito... Sérgio, muito obrigada!

Aos amigos, tanto os antigos como os descobertos e cultivados durante o doutorado, também devo muitos agradecimentos. Juntos compartilhamos sofrimentos e alegrias, adoro vocês!

Aos meus filhos, ahhh, realmente nada pode definir a felicidade de tê-los em minha vida. Fonte contínua de inspiração, força e amor, mas de dedicação e trabalho também, claro! Cada um com suas características, em fases tão diferentes, souberam me compreender e apoiar: dividiram a mãe com as muitas horas de estudo e escrita, ouviram minhas reclamações em momentos tensos e partilharam comigo a euforia diante de uma nova e interessante fonte de pesquisa. Meus amorecos, profunda gratidão! Que este trabalho sirva como mais um exemplo de que o estudo é sempre um excelente caminho.

E para não correr o risco de esquecer ninguém, obrigado a todos que de algum modo colaboraram para a realização desta pesquisa. Finalmente, espero que este trabalho agregue conhecimentos para aqueles que também ousarem adentrar esse maravilhoso universo da História das Ciências e da Saúde.

“El conocimiento histórico, conocimiento social al fin, sabe que no hay garantías, y que la completud de um determinado processo no aumenta la condición de sua verdade. Apenas sabemos más”.

Dora Beatriz Barrancos e Eugênio Vilaça Mendes

RESUMO

O presente trabalho visa compreender o processo de formulação do que seria a primeira proposta de organização de um “sistema de saúde” do país: o Sistema Nacional de Saúde (SNS), instituído pela lei 6.229/75. O objetivo é reconstituir a dinâmica das forças políticas e grupos de interesses setoriais/institucionais, nos quais ideias, propostas, atores e instituições se encontravam e cujos ajustes e negociações, constituídos em momentos críticos de redefinição de políticas, culminaram na formalização institucional do SNS. Sob o marco teórico do neoinstitucionalismo, corrente das ciências sociais que ressalta a importância das instituições para o entendimento dos processos políticos e sociais, foi analisada a trajetória das iniciativas no que tange à organização da assistência à saúde no Brasil e suas sucessivas configurações. O período de análise se inicia na década de 40, momento de importantes discussões sobre saúde e bem-estar social no cenário internacional e nacional, principalmente no que tange ao chamado “problema da administração da Saúde Pública”, que se converte em um importante tópico na agenda setorial, e termina em 1980, ou seja, cinco anos após a criação do SNS, com o objetivo de examinar o seu recepcionamento pelo setor da saúde e o debate público que o sucedeu. Decisões e políticas anteriores estruturam o comportamento político e, nessa medida, estabelecem os contornos dentro dos quais as decisões posteriores são tomadas, entretanto, visto que a história é também marcada por acidentes de oportunidade e circunstância, verifica-se que o SNS se constituiu num processo de inovação limitada, caracterizado tanto por rupturas, possibilitadas por uma inflexão favorável da conjuntura política, como por continuidades, em função do legado de políticas prévias.

Palavras-chave: Sistemas de Saúde, políticas públicas de saúde, história da saúde pública.

ABSTRACT

The present work aims to understand the formulation process of what would be the first proposal to organize a "health system" in the country: the National Health System (NHS), established by law 6.229/75. The objective is to reconstruct the dynamics of political forces and sectoral/institutional interest groups, in which ideas, proposals, actors and institutions were and whose adjustments and negotiations, constituted at critical moments of policy redefinition, culminated in the institutional formalization of the NHS. Under the theoretical framework of neoinstitutionalism, a current of the social sciences that emphasizes the importance of institutions for the understanding of political and social processes, the trajectory of the initiatives regarding the organization of health care in Brazil and its successive configurations was investigated. The analysis period begins in the 1940s, a time of important discussions on health and social well-being in the international and national scenario, especially with regard to the so-called "problem of public health administration", which becomes an important topic in the sectoral agenda, and ends in 1980, that is, five years after the creation of the NHS, aiming to examine its reception by the health sector and the public debate that followed it. Previous decisions and policies structure political behavior and, to that extent, establish the contours within which subsequent decisions are made, however, as history is also marked by accidents of opportunity and circumstance, it can be seen that the NHS constituted a process of limited innovation, characterized by both disruptions, made possible by a favorable inflection of the political conjuncture, as well as continuities, due to the legacy of previous policies.

Keywords: National health systems, public health policy, public health history.

Apresentação

O presente trabalho visa compreender o processo de formulação do que seria a primeira proposta de organização de um “sistema de saúde” do país: o Sistema Nacional de Saúde, instituído pela lei 6.229/75 (LEVCOVITZ, 2003, p. 35). O objetivo é reconstituir a dinâmica das forças políticas e grupos de interesses setoriais/institucionais, os ajustes e negociações, nos quais ideias, propostas, atores e instituições se encontravam, sendo de principal interesse as questões organizacionais que se referem à assistência, no âmbito daquele mesmo sistema. O período de análise se inicia na década de 40, momento de importantes discussões e iniciativas sobre saúde e bem-estar social no cenário internacional e nacional, principalmente no que tange ao chamado “problema da administração da Saúde Pública”, que se converte em um importante tópico na agenda setorial, e termina em 1980, ou seja, 5 anos após a criação do SNS, com o objetivo de compreender o seu recepcionamento setorial e o debate público que o sucedeu.

O desenvolvimento do estudo tem como marco teórico o neoinstitucionalismo, corrente das ciências sociais que tem ressaltado, de maneira enfática, a importância das instituições para o entendimento dos processos políticos e sociais (MARQUES, 1997). Como não se trata de uma corrente de pensamento unitária, reunindo diferentes escolas (HALL; TAYLOR, 2003), optou-se pela vertente originária da sociologia histórica: o neoinstitucionalismo histórico, visto que ela apresenta como objetivo construir uma teoria de médio alcance que estabeleça uma ponte entre análises centradas no Estado e na sociedade, e se preocupa em analisar cada caso com base em seu contexto político, social e histórico. Para essa abordagem, as instituições não são concebidas como apenas mais uma variável, ou seja, compreende-se que além de dar forma às estratégias dos atores, elas condicionam suas preferências e metas (IMMERGUT, 1998), possibilitando que, neste trabalho, se compreenda as arenas institucionais e as relações específicas entre diferentes atores políticos, bem como os sistemas de crenças e ideias, que desempenharam papéis relevantes para as sucessivas configurações adquiridas pelas políticas

de saúde e o aparato institucional de saúde brasileiro, compreendido no contexto dos anos 70 como um “sistema nacional”.

O interesse pelo objeto e pela temática é fruto, inicialmente, de minha experiência profissional como médica nas diferentes esferas de atenção à saúde, pública e privada, tendo vivenciado na prática as congruências e incongruências do atual Sistema de Saúde brasileiro e, recentemente, uma vez servidora pública da Fiocruz, no cargo de Analista de Gestão em Saúde, quando as políticas de saúde se inseriram em minha rotina de trabalho e interesse pessoal. Deste modo, despertou minha curiosidade o primeiro, e pouco estudado em profundidade, sistema de saúde em âmbito nacional criado no Brasil, sobre o qual busco compreender não somente o processo elaborativo que serviu de base para a estruturação da lei 6.229, mas também o contexto político geral e setorial que o conformou como tal.

Antecipadamente, a construção de subitens será apresentada de modo a prover uma melhor compreensão do tema em estudo. Na introdução do trabalho serão apresentados alguns elementos do contexto internacional e os aspectos sócio, político, econômico, cultural referentes ao cenário brasileiro, no período em análise, ou seja, 1940-1980. Entende-se que o debate que culminará na proposição de um “sistema de saúde” não se operou de forma desconectada das questões mais amplas que organizaram a vida pública nacional. Ao final desta será realizada uma breve apresentação do setor nacional de saúde visando uma aproximação com o tema em discussão para, em seguida, serem descritos os objetivos a que se pretende alcançar a partir desta pesquisa.

A tese consiste em 5 capítulos:

No capítulo 1, serão apresentados a metodologia e o referencial teórico utilizados nesta pesquisa, a primeira, realizada a partir da análise da literatura especializada e de fontes primárias, e a segunda, valendo-se do marco teórico do neoinstitucionalismo histórico.

No capítulo 2, de título “A questão organizacional em saúde (1940-60)”, serão descritas questões pertinentes ao contexto setorial da saúde, buscando identificar as ideias, propostas, atores e instituições que se encontravam nessa conjuntura. Há um rico cenário internacional e nacional no qual se discutem modelos de atenção e organização dos serviços de saúde, cujas relações serão percebidas, em diferentes graus, na formulação do SNS.

No capítulo 3, de título “A era do planejamento”, busca-se compreender como as ideias sobre planejamento e organização de serviços de saúde, sob o paradigma da articulação racional e sistêmica, se conformaram e de que modo influenciaram a agenda setorial brasileira. Nesse sentido, se inclui a análise do primeiro ano do Governo Geisel, quando diversas medidas institucionais foram realizadas, entre elas o II Plano Nacional de Desenvolvimento, com características importantes que o diferenciam do Plano anterior.

No capítulo 4, “O cenário da saúde na década de 70”, será inicialmente apresentado o estado das discussões sobre a organização dos serviços de saúde, do ponto de vista dos organismos internacionais: OMS e OPAS, nos anos que antecederam a criação do SNS no Brasil, de modo a observar as interfaces que essas ideias possam ter com a sua formulação. A seguir, serão analisados o surgimento e o debate de ideias e propostas em atenção à saúde no país, pelos diferentes atores da sociedade civil. No campo institucional, a progressiva importância da medicina previdenciária na política de saúde culmina na criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em 1º de maio de 1974. O seu papel no modelo de saúde dominante no período e a sua relação com o setor privado da saúde serão avaliados no sentido de identificar tendências e/ou obstáculos à elaboração da Lei 6.229, que instituiu o Sistema Nacional de Saúde.

Finalmente, no capítulo 5, “Sistema Nacional de Saúde: formulação e recepcionamento”, será percorrido o processo elaborativo do Sistema Nacional de Saúde e a instituição de sua Lei. O objetivo é identificar os atores que estiveram diretamente envolvidos na sua criação, desenvolvimento e

implantação, o que previa a Lei 6.229 e o que foi o SNS em matéria de organização de serviços de saúde, para a seguir, examinar o debate público e setorial que ele provocou no decorrer de sua imediata implantação, as reações de apoio ou contestação, os autores e os motivos.

SUMÁRIO

Introdução	01
Capítulo 1 – Metodologia e referencial teórico	13
Capítulo 2 – A questão organizacional em saúde (1940-60).....	20
2.1 – Considerações iniciais.....	20
2.2 – Novas ideias e agendas para a saúde.....	21
2.3 – A organização da saúde no Brasil.....	38
2.3.1 - A Saúde Pública	38
2.3.2 - O surgimento da medicina previdenciária.....	61
2.4 – Considerações finais	69
Capítulo 3 – A era do planejamento (1960-70)	73
3.1 – Considerações iniciais.....	73
3.2 – As origens e o papel do planejamento na organização da saúde no Brasil	74
3.3 – O planejamento na formulação do SNS.....	93
3.3.1 – Preparando o terreno: o primeiro ano do Governo Geisel e as medidas institucionais.....	93
3.3.2 – O planejamento e a agenda social: II Plano Nacional de Desenvolvimento.....	101
3.4 – Considerações finais	108
Capítulo 4 – O cenário da saúde na década de 70: ideias, atores e instituições.....	110

4.1 – Considerações iniciais.....	110
4.2 – A discussão organizacional em saúde no mundo: OPAS e OMS	111
4.3 – A medicina social e a gênese do movimento sanitário brasileiro: a saúde como uma questão social e política	116
4.4 – A preponderância da Previdência Social e a expansão do setor privado na saúde.....	126
4.5 – As diferentes propostas no interior da Previdência Social e do Ministério da Saúde	136
4.6 – Considerações finais	145
Capítulo 5 – O Sistema Nacional de Saúde: formulação e recepcionamento (1970-80)	148
5.1 – Considerações iniciais.....	148
5.2 – O Sistema Nacional de Saúde (SNS).....	148
5.2.1 – A 5ª Conferência Nacional de Saúde: apresentando o SNS	177
5.2.2 – A 6ª Conferência Nacional de Saúde: diretrizes para a gestão do SNS	190
5.3 – Recepcionamento do SNS.....	196
5.4 – Considerações finais	214
Conclusão.....	218
Referências.....	224
Anexos.....	246

Introdução

Este trabalho tem como objetivo geral analisar o contexto de criação e recepcionamento do Sistema Nacional de Saúde, a partir do desenvolvimento e fortalecimento do debate organizacional da assistência, no cenário nacional e internacional. Deste modo, optou-se pelo recorte temporal de 1940-1980, buscando-se reconstituir a dinâmica das forças políticas e grupos de interesses setoriais/institucionais, nos quais ideias, propostas, atores e instituições se encontraram e cujos ajustes e negociações culminaram na política de saúde formalizada com a lei 6.229, de 17 de julho de 1975. Apesar de suas limitações e das fortes críticas a que foi submetida, a Lei que instituiu o SNS pode também ser percebida como um marco importante nas políticas de saúde pública, configurando a primeira tentativa concreta para racionalizar o sistema, dentro dos limites permitidos no contexto político vigente, além de representar o reconhecimento oficial de algumas das imperfeições na organização dos serviços de saúde do país (SCHECHTMAN et al., 2002).

É preciso reconhecer, contudo, que há uma carência de estudos que tomem historicamente o processo de construção doutrinária, técnica e política no que se relaciona à criação do SNS. Compreender tal processo de construção pode se apresentar como uma forma de se lançar luzes sobre os eventuais constrangimentos e tendências para a conformação de sistemas de saúde no Brasil contemporâneo e proporcionar uma melhor compreensão sobre a experiência do SNS, como resultado de um certo acúmulo de teorias e práticas sobre organização dos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, como inaugurador de uma base institucional que se manteve duradoura na organização da saúde pública brasileira (MENICUCCI, 2007). Com isso não se quer dizer que seu processo de construção seja linear, mas que há de se imaginar elementos de ruptura e continuidade históricas que, em seu conjunto, conformam experiências exitosas e não exitosas no terreno da organização da saúde pública brasileira.

Os principais trabalhos que, de diferentes formas, se debruçaram sobre esse tema¹ apontam o SNS como uma continuidade de políticas anteriores, particularmente no que tange à manutenção da dicotomia organizacional e institucional dos serviços de saúde entre a Previdência e o Ministério da Saúde. O argumento que propomos para explicar essa continuidade considera que esse arranjo institucional, consolidado no SNS, seja o resultado de ajustes e escolhas entre variadas alternativas disponíveis, que foram estrangidas pelos efeitos institucionais das escolhas anteriores, particularmente as que foram definidas a partir dos anos 40, as quais contribuíram para a constituição de diferentes atores e interesses, a partir dos incentivos concedidos a determinados setores da assistência.

Esse argumento compartilha a premissa básica da abordagem denominada neoinstitucionalismo, que enfatiza a importância das instituições sobre o comportamento e sobre os resultados políticos, para a explicação da política adotada para a saúde no país. Segundo Pereira (2014), existe uma convergência entre os campos de análise das políticas públicas e do neoinstitucionalismo histórico, sendo possível a construção de modelos analíticos a partir da inter-relação entre eles. A partir desse pressuposto, o trabalho busca identificar a criação de arranjos institucionais e atores que influenciam o comportamento político e acabam por estabelecer os contornos dentro dos quais as decisões são tomadas.

A incorporação da análise histórica ao estudo da política de saúde parte do princípio que os decisores, em cada momento histórico, operaram em um ambiente condicionado por políticas do passado que não apenas institucionalizaram práticas e regras, mas também constituíram diferentes atores (MENICUCCI, 2007). Adicionalmente, as políticas também sofrem ação de fatores externos à própria política, como mudanças no cenário político mais amplo, uma vez que o Estado não é necessariamente um agente neutro entre os interesses em disputa, mas sim um complexo de instituições capazes

¹ Podemos citar, exemplarmente, os trabalhos de Mello (1976), Cordeiro e Quadra (1977) e a dissertação de mestrado de Giron (1978).

de estruturar o caráter e os resultados do conflito entre grupos (SKOCPOL, 1985). A história é marcada por acidentes de oportunidade e circunstância e, de modo a evitar o determinismo institucional no âmbito analítico, é fundamental o estudo não somente dos elementos de continuidade na trajetória das instituições e das políticas públicas, mas também os de ruptura, compreendendo o contexto histórico como um ambiente marcado por sequências e contingências (PEREIRA, 2014), motivo pelo qual dois conceitos serviram de suporte para a construção do argumento: dependência de trajetória e janela de oportunidade.

Nessa perspectiva, os eventos que culminaram na criação do SNS como tal ocorreram num contexto de reabertura política e valorização das questões sociais, o que permitiu a inserção de algumas propostas alternativas para a saúde, mas que, diante do arcabouço institucional herdado de décadas anteriores aliado à pressão de atores e interesses fortalecidos nesse período, não foram suficientes para uma mudança no modelo organizacional central da assistência, defendida desde a década de 50: a unificação ministerial dos serviços de saúde e, sendo assim, o SNS findou por carregar no seu bojo características do modelo institucional anterior.

O debate organizacional da saúde no Brasil teve muitos pontos de contato com o cenário internacional, o qual também está no escopo de pesquisa. Desta forma, esta análise se inicia no período que sucedeu a 2ª Guerra Mundial, que se caracterizou, em todo o mundo, por uma crise na saúde, decorrente principalmente do modelo médico hegemônico, tecnocentrado e com altos custos, que não foi capaz de abranger todo o complexo processo entre saúde, doença e cuidado. Os países ainda se recuperavam da profunda recessão econômica que se seguiu após a segunda guerra mundial, em um contexto de baixo investimento social e crescente urbanização, o que aumentou a demanda por serviços de saúde e a necessidade de racionalização dos custos para prover a sua expansão (ESPING-ANDERSEN, 1995).

Ainda em âmbito internacional, ocorreu uma gradual reviravolta em termos de propostas e de realização de inovações no terreno da gestão dos

assuntos da saúde pública. O próprio conceito de “saúde” passaria por importante revisão que, de um lado, envolveu importante crítica à sua estrita dimensão biológica e, de outro, passou crescentemente a apontar para uma ampliação de seu significado e alcance (LABRA, 1995; SCLIAR, 2007; BACKES et al., 2009). Diversos programas de controle e erradicação das “doenças tropicais” atraíram o interesse de instituições nacionais e internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO).

Desde o início do século XX já havia discussões sobre organização de serviços de saúde e sistemas de proteção social, exemplificados pelo Relatório Dawson, de 1920, e pelo Relatório Beveridge, de 1942, ambos elaborados no Reino Unido (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). A partir da década de 40, o termo “sistema” começou a aparecer com maior frequência nos debates setoriais internacionais e se concretizaram as primeiras propostas nesse sentido. O National Health Service (NHS) inglês foi o primeiro sistema nacional universal de saúde no Ocidente e em um país capitalista², instituído em 1948, seguido do Sistema Nacional de Saúde chileno, em 1952³. Entre o final dos anos 60 e início dos anos 70, o debate sobre organização de serviços e sistemas de saúde ganhou maior amplitude e pragmatismo, com importante participação dos organismos multilaterais especializados em saúde, cabendo destaque para a atuação da OPAS na América Latina.

² Outro modelo de sistema público universal anterior ao modelo beveridgiano foi instituído na Rússia com a revolução soviética de 1917. Esse modelo foi conhecido como modelo Semashko, nome do primeiro comissário do povo para a saúde do governo de Lênin, e foi difundido posteriormente para os países socialistas da União Soviética e do leste europeu. Esse modelo de acesso universal é centralizado e integralmente estatal, ou seja, a grande maioria das unidades de saúde é de propriedade estatal e todos os profissionais são empregados do Estado. Apresenta estrutura vertical, organização hierárquica e regionalizada das redes de serviços e responsabilidades bem definidas em cada nível de administração (GIOVANELLA; LOBATO, 2012, p. 223).

³ Para mais informações sobre os modelos de proteção social e as origens de sistemas de saúde: GIOVANELLA; LOBATO, 2012.

No cenário brasileiro, brotarão diversas, e nem sempre conectadas, experiências no campo da organização da assistência e da saúde pública (NUNES, 1994; CUETO, 2015). A saúde pública se organizava em torno de dois órgãos principais, criados no início do Governo Vargas: o Ministério da Educação e Saúde (MES), responsável pelas ações coletivas de saúde, para o que contava com uma estrutura centralizada e verticalizada de programas e serviços baseados principalmente em campanhas e ações sanitárias, e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), que atendia os trabalhadores na lógica de seguro social, prestando uma assistência médica individualizada, curativista e hospitalocêntrica. (FONSECA, 2007; MOURA; GARCIA, 1994). Como será descrito no decorrer deste trabalho, essa dualidade institucionalizada na prestação de serviços de saúde no país teve papel fundamental no cenário organizacional da saúde brasileira, tornando-se um modelo duradouro em consequência do qual se constituíram diferentes grupos e interesses. Nesse período, em consonância com o cenário internacional, também foi verificado o uso do termo “sistema” entre os sanitaristas que discutiam a organização de serviços nacionais de saúde, propondo que fossem hierarquizados (tendo o Centro de Saúde como eixo principal), coordenados e que integrassem os serviços preventivos e curativos.

Com a queda de Vargas em outubro de 1945, a eleição de Eurico Gaspar Dutra e a promulgação de uma nova constituição em 1946, o país teve um período de 19 anos de experiência democrática, marcado pelas eleições diretas para os principais cargos políticos, pelo pluripartidarismo e pela liberdade de atuação da imprensa, das agremiações políticas e dos sindicatos. Conforme explica Teixeira (2006), a literatura que analisa a história da saúde pública durante a segunda República mostra que nos anos 1960 começaram a surgir críticas ao modelo da saúde pública nacional, até então fortemente centrado no Estado, gerando demanda por uma nova redistribuição das responsabilidades entre a União, os Estados e os Municípios.

A 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada na cidade do Rio de Janeiro, em 1963, teve a finalidade de examinar a “situação sanitária nacional e aprovar programas de saúde que, se ajustando às necessidades e

possibilidades do povo brasileiro, concorram para o desenvolvimento econômico do país” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1963), conforme descrito no artigo 2º, das disposições gerais do Regimento da Conferência. Embora tenha sido considerada uma “reunião administrativa”, na qual foram aceitos para discussão apenas documentos apresentados por órgãos da administração pública, ela se destacou pela discussão de propostas de descentralização e municipalização das ações em saúde, inserção do planejamento ascendente, redefinição dos papéis das esferas de governo e elaboração de um Plano Nacional de Saúde (GIOVANELLA, 2012; PRATO; CARDOSO DE SOUZA, 2014).

No ano seguinte, 1964, foi implantada a ditadura militar no Brasil, atingindo seu apogeu durante a primeira metade do decênio, ao fim da qual começa a se abrandar. O presidente Emílio Médici, que assumiu o poder em 30 de outubro de 1969, para um mandato de quatro anos e meio, protagoniza o governo do período militar em que a repressão, o silenciamento das forças de oposição, o cerceamento das liberdades públicas e as denúncias de violação dos direitos humanos foram mais marcantes. Não sendo suficiente, dispôs-se ainda do AI-5, o mais discricionário e duradouro dos atos institucionais, o qual garantia a supremacia do Poder Executivo sobre os demais poderes, além de manter suspensas as garantias constitucionais. (FAUSTO, 1994).

Durante quase todo o período do regime, funcionou o sistema bipartidário, composto pela Aliança Renovadora Nacional (Arena), dando sustentação ao governo, e o Movimento Democrático Brasileiro (MDB) fazendo oposição. As propostas dos dois partidos visando ao restabelecimento do poder do Parlamento, revogação da legislação de exceção e abertura política encontraram dificuldades em sobrepor o estilo centralista do presidente, que marginalizava a classe política e governava por decretos. Tal contexto político se fez sentir também na saúde: algumas das propostas da 3ª Conferência Nacional de Saúde foram abortadas (entre elas, a municipalização da gestão das ações em saúde) e as CNS interrompidas a partir de 1967 (4ª CNS), sendo retomadas somente no momento de reabertura do regime militar, em 1975 (5ª CNS) (STEDILE et al., 2015).

Ao mesmo tempo em que suprimiam as liberdades democráticas e instituía instrumentos jurídicos de caráter autoritário e repressivo, os governos militares levavam à prática os mecanismos de modernização do Estado nacional, no sentido de acelerar o processo de modernização do capitalismo brasileiro, pautada pela racionalidade técnica. No plano da política institucional, era marcante a presença de ministros militares em pastas civis, o que não se restringia apenas à cúpula governamental, mas também no comando de empresas estatais e em cargos de segundo escalão. Outra característica da máquina administrativa da época era a ênfase na tecnocracia, caracterizada pela ocupação de cargos técnicos por técnicos, e não por políticos (FERREIRA JR.; BITTAR, 2008, p. 335), embora, claro, técnicos também fazem escolhas políticas.

No que tange à conjuntura econômica, entre os anos de 1968 e 1973, o Brasil alcança altas taxas de crescimento econômico e se torna a oitava maior economia do mundo, graças ao que se convencionou chamar de "milagre brasileiro". Durante esse período, tendo como base a expansão da indústria, das exportações, do emprego e do mercado interno, além de vultosos empréstimos externos, o Produto Interno Bruto (PIB) cresceu em média 10% ao ano. Ao mesmo tempo, através de medidas rígidas de controle da moeda, dos salários e dos preços dos produtos industrializados, a inflação, anteriormente descontrolada, alcançou um patamar estável em torno de 15 a 20% ao ano (VELOSO; VILLELA; GIAMBIAGI, 2008). O crescimento extraordinário da economia, a expansão das telecomunicações, assim como a realização de grandes obras de infraestrutura, sob forte propaganda oficial, infundia um clima de euforia e levava a massa da população a acreditar no "Brasil Grande Potência", apregoadado pelos militares (CORDEIRO, 2015).

Entretanto, a desigualdade na distribuição de renda progredia, uma vez que a política econômica seguia a teoria de "primeiro esperar o bolo crescer para depois dividir", ou seja, priorizava o aumento da riqueza nacional antes de repartir os benefícios do desenvolvimento. O que se viu nessa época foi uma concentração de renda nas classes alta e média alta, que foram as grandes favorecidas pelo crescimento que ocorreu na produção de bens duráveis, visto

que, ao mesmo tempo que ocupavam os cargos mais qualificados destas indústrias, eram as únicas capazes de consumir seus produtos, criando um mercado de trabalho e de consumo para si próprios. Enquanto isso, de acordo com a política salarial adotada, apelidada pelos sindicatos de “arrocho salarial”, o salário mínimo continuava a ser achatado e o poder de consumo da classe trabalhadora reduzido (GIAMBIAGI; VILLELA, 2005). Sendo assim, apesar do rápido crescimento econômico e da condição de pleno emprego que isso provocou, houve um "empobrecimento dos mais pobres" que, em paralelo com o agravamento das condições médico-sanitárias, criaram as condições para o surgimento dos conflitos sociais e, no setor da saúde, o recrudescimento da discussão organizacional.

Nesse sentido, em 1973, durante o Governo Médici, o Ministro da Saúde elabora uma Política Nacional de Saúde contendo um Projeto de Lei para a criação de um Sistema Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1973), cujo teor continha propostas que visavam modificar significativamente a organização do modelo de atenção em saúde existente até então, como a unificação dos serviços de saúde no âmbito do Ministério da Saúde (MERCADANTE, 2002). A seguir, com vistas à sucessão, Médici não conseguiu fazer seu sucessor, sendo o nome escolhido pelas Forças Armadas o do general Ernesto Geisel, então presidente da Petrobras e com prestígio junto à "linha dura" militar. Em sua gestão, Geisel mantém muitas características da gestão anterior, mas diminui a militarização do ministério ao pôr civis em pastas civis. Na esfera política ocorre a devolução gradativa do poder aos civis, ao que o próprio Geisel denomina de "distensão lenta, gradual e segura". A nova orientação favorece a retomada do diálogo com a oposição, a Igreja e os setores intelectuais, porém, mantém as eleições indiretas de outubro de 1974 (FAUSTO, 1994).

O governo Geisel se inicia em uma conjuntura internacional abalada pela repentina crise do petróleo em 1974, que provocou uma alta dos juros e aceleração da taxa de inflação no mundo todo, e principalmente no Brasil, contexto no qual é elaborado o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND). Com o intuito de diminuir a dependência em relação ao petróleo

importado, do qual o Brasil era 80% dependente, e ao mesmo tempo realinhar a capacidade da infraestrutura ao patamar de desenvolvimento então alcançado pelo país, o II PND prioriza os investimentos no setor energético, em transportes, comunicações e indústrias de base (MACARINI, 2011). Contudo, a queda na taxa de crescimento econômico, o contínuo aumento da dívida externa e o crescente desequilíbrio no balanço de pagamentos e na balança comercial tornaram muitas metas do II PND inatingíveis (BRASIL; CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2017).

Diante de um cenário de crise política e econômica iminente do governo militar, começaram a se definir novas estratégias para manter o governo, com um movimento de progressiva abertura política nacional e medidas de cunho social, com ênfase na saúde e educação. Sendo assim, o II PND apresentou características singulares no contexto do regime militar, substituindo os princípios da gestão anterior de “esperar o bolo crescer, para então dividir”, pelo reconhecimento de que o desenvolvimento social deveria ocorrer de forma paralela e progressiva ao desenvolvimento econômico motivo pelo qual investiu, canalizou recursos e priorizou projetos para este setor (MACARINI, 2011).

Conforme descrito no II PND (BRASIL, 1974a), o diagnóstico apresentado para a saúde e educação denunciava a carência de capacidade gerencial e estrutura técnica, o que reduzia a eficácia dos recursos públicos a elas destinadas. Nessa lógica, orientou as estratégias para o desenvolvimento do setor, fundamentalmente as reformas institucionais e administrativas, se tornando parte do contexto mais imediato que informou a elaboração da lei 6.229/75, que instituiu o Sistema Nacional de Saúde, objeto central desta tese. Em segmento oportuno, descreveremos a forma como o II PND, bem como o SNS, serão considerados pela literatura especializada.

Dentre as políticas implementadas nesse período, segundo Baptista (2003), destacam-se: a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) (BRASIL, 1974b), em 1974, que distribuiu recursos para o financiamento de programas sociais; a formação do Conselho de

Desenvolvimento Social (CDS) (BRASIL, 1974d), em 1974, que organizou as ações a serem implementadas pelos diversos ministérios da área social; a instituição do Plano de Pronta Ação (PPA), em 1974, que constituiu em uma medida para viabilização da expansão da cobertura em saúde e desenhou uma clara tendência para o projeto de universalização da saúde; a formação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975, primeiro modelo organizacional de saúde de âmbito nacional que apresentava como um de seus objetivos desenvolver um conjunto integrado de ações nos três níveis de governo; a promoção do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976, que estendeu serviços de atenção básica à saúde no nordeste do país, ampliando o acesso à saúde; a constituição do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SINPAS), em 1977, com mecanismos de articulação entre saúde, previdência e assistência no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), e a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), também em 1977, que passou a ser o órgão coordenador de todas as ações de saúde no nível médico-assistencial da previdência social.

Segundo alguns autores (MENDES, 1988; RODRIGUEZ NETO, 1997; ESCOREL, 1999; BAPTISTA, 2005; PIRES-ALVES; PAIVA, 2006; TOMACHESKI, 2007), nessa conjuntura, teria havido uma ausência de pessoal qualificado para ocupar todos os espaços abertos, criando oportunidade para que pessoas de pensamento contrário ao dominante em seu setor, ocupassem espaços institucionais. Por esta brecha, lideranças do movimento sanitário entraram na alta burocracia estatal, na área da Saúde e da Previdência Social, ocupando posições importantes de poder decisório e causando pressões por reforma na política de saúde, que possibilitaram transformações concretas já nos anos 70, ainda que incipientes e resguardando os interesses do Estado autoritário.

É então, no contexto de abertura política e movimentos sociais que, em 17 de julho de 1975 é aprovada no Congresso Nacional e sancionada pelo presidente da República a Lei n° 6229, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em uma aparente iniciativa de

reorganização das esferas que desempenhavam ações mais ou menos autônomas no campo da saúde dentro do setor público. Segundo a lei, o complexo de serviços dos setores público e privado, voltados para ações de interesse da saúde, passariam a integrar o SNS e se consolidariam como os meios de efetivar as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A ordenação proposta tinha forte característica centralizadora no nível federal e, diferentemente da mencionada proposta elaborada durante o governo Médici, propunha uma delimitação das áreas de ação de cada ministério e definição de relações interinstitucionais quanto às responsabilidades pelas ações de saúde: cunho coletivo - Ministério da Saúde, individual - Ministério da Previdência e Assistência Social, e destinando a formação de recursos humanos para a saúde ao Ministério da Educação e Cultura e as ações de saneamento ao Ministério do Interior, operando sob uma lógica que busca seguir o referencial teórico da perspectiva sistêmica aplicada à saúde⁴. Segundo o texto oficial, objetivava-se a organização sistêmica dos aparatos institucionais da assistência à saúde no país, a partir da identificação e articulação de suas partes componentes, com maior racionalidade técnico-científica, imprimindo-lhes mudanças nos mecanismos de comunicação e controle e, com isso, obter maior eficiência na consecução de seus objetivos, dentre os quais melhorar o estado de saúde das pessoas e elevar o nível de saúde da população. Sendo assim, cada instituição componente do Sistema Nacional de Saúde se comportaria como elemento de uma totalidade articulada e harmônica (CORDEIRO; QUADRA, 1977).

Considerando o exposto acima e de modo a atender o objetivo geral mencionado no início desta introdução, este trabalho tem ainda, como objetivos específicos:

⁴ Entende-se ou caracteriza-se como "sistema" um conjunto de partes ou elementos de uma realidade que, no desenvolvimento de suas ações, guardam entre si relações diretas de interdependência com mecanismos recíprocos de comunicação e bloqueios de tal modo que as ações desenvolvidas resultam na obtenção de objetivos comuns. Nessa lógica, a "perspectiva sistêmica da saúde" compreende um conjunto de "agentes" que, interferindo de modo direto nos fatores condicionantes do complexo saúde-doença da população, visa melhorar o estado de saúde das pessoas (CHAVES, 1971).

- Identificar as principais agendas e ideias, em âmbito nacional e internacional, envolvidas nas discussões sobre modelos de atenção em saúde, suas origens e inserção no contexto do arcabouço institucional nacional do período ora em análise;
- Compreender a construção, conformação e divulgação de ideias sobre planejamento, em âmbito nacional e internacional, que passaram a valorizar, a partir do pós-guerra, uma articulação racional e sistêmica das instituições de saúde;
- Analisar a discussão de práticas organizacionais em saúde e a noção de “sistema” no cenário setorial brasileiro;
- Descrever o Sistema Nacional de Saúde: os atores que estiveram diretamente envolvidos no seu processo de criação, desenvolvimento e implantação, o que previa a Lei 6.229 e o que o SNS foi em matéria de organização de serviços de saúde;
- Identificar as reações de apoio ou contestação ao SNS, os autores, os motivos e o debate público que ele provocou quando do seu processo de implantação.

CAPÍTULO 1 – Metodologia e referencial teórico

Em termos empíricos, a pesquisa realizada é essencialmente de base documental e análise da literatura especializada. A partir da revisão qualitativa da literatura, com análise histórica das políticas e forças setoriais da saúde no Brasil, objetivou-se reconstruir as bases para o surgimento do Sistema Nacional de Saúde (SNS), tendo como recorte temporal o intervalo contido entre os anos 1940 e 1980. Os anos 40 foram escolhidos como marco inicial da pesquisa pela intensidade e qualidade das discussões em saúde que ocorreram marcadamente a partir da Segunda Guerra Mundial, em todo o mundo. Os questionamentos em torno do conceito de saúde, do papel do Estado para o Bem-Estar Social e do médico como agente de transformação na saúde, assim como a demanda pela expansão da cobertura dos serviços assistenciais serviram como pilares para propostas de novos modelos de atenção e organização do setor. Uma vez instituído o Sistema Nacional de Saúde brasileiro, em 1975, foi selecionado o período seguinte, de cinco anos, ou seja, até 1980, com o objetivo de examinar a receptividade pública e setorial a esta nova configuração organizacional da saúde, o que também poderia lançar luzes sobre o seu processo anterior, de formulação.

Ademais da pesquisa bibliográfica, foi realizada a seleção e análise de fontes primárias. O Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz (DAD/COC) abriga fundos produzidos e acumulados pelos institutos que, em 1970, passaram a integrar a Fundação Oswaldo Cruz, como também aqueles de cientistas, sanitaristas, médicos e técnicos que participaram da formulação e execução de políticas públicas de saúde, além de parcelas de arquivos de instituições da área da saúde. Neste acervo, foi selecionado e analisado o seguinte conjunto de materiais/fundos:

- BR RJCOC AB.GI.03: Dossiê de Alfredo Norberto Bica/ Gestão Institucional/Assessoria do Ministro da Saúde
- BR RJCOC HC.GE.01: Dossiê de Hésio Cordeiro/Gestão de Instituições de Ensino, Previdência e Assistência Social

- BR RJCOC GM.GE.02 Dossiê de Carlos Gentile de Mello/Gestão de Instituições de Ensino, Previdência e Assistência Social

No primeiro fundo foi encontrada a Política Nacional de Saúde elaborada durante o Governo Médici, contendo a primeira formulação de um Sistema Nacional de Saúde, cujo cerne estrutural continha uma proposta bastante polêmica: a unificação das ações em saúde dentro do Ministério da Saúde. Ademais, foram encontrados também documentos que sugerem a participação da Fiocruz na elaboração desta proposta. No segundo e terceiro fundos, foram identificados documentos originais do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), das décadas de 60 e 70, que versam sobre a organização do setor de saúde brasileiro (voltado para o desenvolvimento nacional), assim como dados sobre a assistência prestada, convênios com o sistema universitário e sobre a reorganização e racionalização da previdência social. Em especial, foi encontrado o trabalho realizado pela equipe de técnicos do Ministério da Previdência e Assistência Social, sob a supervisão de Murilo Villela Bastos, assessor do Ministro da Previdência e Assistência Social, e que serviu como estudo, à época (agosto de 1975), para a discussão sobre o Sistema Nacional de Saúde na 5ª Conferência Nacional de Saúde. A informação coletada foi analisada e boa parte utilizada para descrição e contextualização do Sistema Nacional de Saúde, do ponto de vista institucional.

Também foram analisados os depoimentos orais que constam do acervo de história oral da Casa de Oswaldo Cruz, onde dois conjuntos se mostraram relevantes para esta análise. O primeiro foi o “Memória da Saúde Pública no Brasil”, cujo objetivo do projeto que o constituiu foi analisar historicamente o desenvolvimento institucional da saúde pública no Brasil, através de um programa de entrevistas que recuperou as trajetórias individuais de médicos sanitaristas que se destacaram enquanto atores na história da saúde pública brasileira e contribuíram na definição de políticas públicas para o setor, entre os anos de 1930 e 1980. Em função do importante papel da Previdência Social para o objeto em pesquisa, também foi analisado o conjunto documental intitulado “Memória da Assistência Médica da Previdência Social no Brasil”, que reúne depoimentos de personagens que participaram da constituição do

sistema previdenciário no Brasil, alguns deles diretamente envolvidos no processo de formulação e implantação do Sistema Nacional de Saúde. Esse acervo constitui referência fundamental para o conhecimento das concepções e políticas institucionalizadas no curso da história da assistência médica previdenciária no Brasil.

Ainda na COC, foi também consultado o acervo de depoimentos orais do Observatório História e Saúde, onde constam entrevistas de interesse sobre os temas de planejamento, cooperação técnica Brasil-OPAS, saúde e desenvolvimento no Brasil, escolas sanitárias brasileiras, entre outros. Neste acervo foi identificada a entrevista de Carlyle Guerra de Macedo, aluno do primeiro curso de planificação em saúde realizado pelo Instituto Latino Americano de Planificação Econômica e Social (ILPES) e primeiro brasileiro a ocupar o cargo de diretor da OPAS (1983-1995).

Foram pesquisados também os fundos do Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil (CPDOC) da Fundação Getúlio Vargas. Criado em 1973, ele abriga conjuntos documentais relevantes sobre a história recente do país, com importante acervo de arquivos pessoais de homens públicos do país, integrado por aproximadamente 200 fundos disponíveis para consulta pública, sendo alguns inclusive disponibilizados na internet. Além desse acervo, a Fundação iniciou, em 1975, o Programa de História Oral e vem, desde então, recolhendo depoimentos de personalidades que atuaram no cenário nacional, sendo uma fonte interessante para consulta. Neste acervo foram identificados e analisados documentos que se relacionam ao processo de formulação e implantação do Sistema Nacional de Saúde no Arquivo Ernesto Geisel, a partir dos despachos realizados entre o Presidente Geisel, o Ministro da Saúde e o Ministro da Previdência e Assistência Social.

Com o objetivo de compreender como ocorreu a tramitação do Projeto de Lei do Sistema Nacional de Saúde no Congresso Nacional, buscando verificar as dificuldades (vetos, emendas) e/ou facilidades (pedido de urgência), desde o seu ingresso na Câmara dos Deputados até a sua aprovação e sanção pelo Presidente Geisel, quando se torna a Lei 6.229 de 17 de julho de

1975, foram analisados os documentos oficiais (Diários) da Câmara dos Deputados e da Câmara do Senado, que se encontram digitalizados e disponíveis a acesso público nos respectivos sites, na internet.

Para análise de notícias sobre o Sistema Nacional de Saúde na chamada “grande imprensa”, foram verificados os arquivos dos principais jornais do período: Jornal do Brasil, Opinião e Folha de São Paulo, estando os dois primeiros disponíveis na Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional e o último no acervo digital do site do próprio jornal. A pesquisa foi realizada mediante a utilização do descritor “Sistema Nacional de Saúde” no campo de “busca”, no período de 1960-1980, com o objetivo de verificar as matérias publicadas antes, durante e depois da criação do SNS, de modo a avaliar o debate público e setorial a seu respeito, nestas ocasiões.

Sobre as fontes selecionadas, foi realizada uma análise aprofundada, à luz de contribuições do marco teórico do neoinstitucionalismo histórico, das arenas institucionais e das relações específicas entre diferentes atores políticos que desempenharam papéis relevantes para as sucessivas configurações adquiridas pelas políticas de saúde e o sistema de saúde brasileiro.

Denomina-se neoinstitucionalismo a corrente das ciências sociais que tem destacado a importância das instituições para o entendimento dos processos políticos e sociais (MARQUES, 1997, p. 75), ou seja, como o processo de definição de políticas públicas para uma sociedade reflete os conflitos de interesses e os arranjos feitos nas esferas de poder que perpassam as instituições do Estado e da sociedade como um todo (PEREIRA, 2014). Não se trata de uma corrente unificada, visto que possui uma ampla postura teórica, e sendo assim, o neoinstitucionalismo reúne diferentes escolas. Para Hall e Taylor (2003), seriam três: o neoinstitucionalismo histórico, o neoinstitucionalismo da escolha racional e neoinstitucionalismo sociológico. Já para Marques (1997), existiriam duas vertentes principais: a primeira originária da teoria da escolha racional e da economia neoclássica, o neoinstitucionalismo da escolha racional, e a segunda da sociologia histórica, ou seja, de estudos históricos comparativos de inspiração marxista e weberiana,

o neoinstitucionalismo histórico. O objetivo central do neoinstitucionalismo histórico é construir uma teoria de médio alcance que estabeleça uma ponte entre análises centradas no Estado e na sociedade. Desta forma, para dar conta da variação histórica e conjuntural dos fenômenos, a escala mais propícia para a investigação dos fenômenos sociais é o nível intermediário, no qual as grandes estruturas como a luta de classes, por exemplo, são mediadas pelas instituições como os partidos, sindicatos etc.

O conceito de instituição, no âmbito do neoinstitucionalismo, apresenta diferentes definições em contextos analíticos distintos, a partir de uma concepção genérica de instituição como um padrão de comportamento estável, recorrente e valorizado. Na perspectiva do neoinstitucionalismo histórico, a definição de instituição inclui tanto organizações formais quanto regras e procedimentos informais que estruturam a conduta (SKOCPOL, 1985; STEINMO; THELEN; LONGSTRETH, 1992). As principais políticas públicas também constituem importantes regras do jogo em uma sociedade, visto que influenciam a alocação de recursos econômicos e políticos e modificam os custos e benefícios associados a estratégias políticas alternativas (MENICUCCI, 2007). Este conceito mais amplo de instituição foi o escolhido para esta análise.

Existem estudos de base institucionalista que demonstram como a incorporação de atores e definição dos procedimentos para ordenar as representações de interesses presentes na arena política formatam as opções políticas das nações para seus sistemas de saúde (GEVA-MAY; MASLOVE, 2000; GIAIMO, 2001; IMMERGUT, 1992), visto que incluem diferentes grupos de atores e excluem outros, explicando por que alguns grupos ganham enquanto outros perdem (IMMERGUT, 1992). O arcabouço institucional, segundo suas normas e mecanismos, seria o responsável pela incorporação de atores ou grupos sociais com interesses específicos que, ao longo de processos de negociação, tendem a optar por formatos de políticas que contemplem seus interesses ou, minimamente, criem ou mantenham abertas janelas de oportunidade para ganhos futuros (IMMERGUT, 1992, 1998).

Adicionalmente, políticas já estabelecidas podem formar novos grupos de interesses, cuja organização e constituição de atividades pode ainda inibir a formação ou expansão de outros grupos, ou seja, ações governamentais específicas podem criar incentivos à organização de determinados grupos favorecidos com as políticas, os quais, em defesa de seus interesses, podem oferecer obstáculos a alterações institucionais e/ou de políticas posteriormente, aumentando os custos associados à adoção de alternativas diversas, o que dificulta o abandono de certa trajetória (MENICUCCI, 2007, p. 34).

A abordagem dessa linha oferece elementos teórico-metodológicos para a análise da política de saúde por meio da valorização dos aspectos institucionais, históricos, políticos, econômicos e sociais que condicionam seus processos de formulação e implantação (PEREIRA, 2014). Uma vez que os atores presentes em instituições do governo e da sociedade têm importante papel no processo de decisão acerca da política pública, e admitindo que possuem variadas ideias e entendimentos acerca de uma determinada questão (geralmente não coincidentes), as ideias também fazem parte da estrutura analítica do neoinstitucionalismo histórico, podendo servir como fonte de mudanças ou serem remodeladas, e até bloqueadas, na dependência do sistema de filtros existente na configuração institucional. Entende-se que o Estado não necessariamente se situa como um agente neutro entre interesses em competição, mas como um complexo de instituições capazes de estruturar o caráter e os resultados do conflito entre grupos (SKOCPOL, 1985).

Em relação ao objeto desta pesquisa, a formulação e implantação do SNS como tal poderiam ser contempladas pela combinação de dois conceitos: dependência de trajetória e janela de oportunidade. Na perspectiva da análise de dependência da trajetória, segundo a qual as decisões e políticas anteriores estruturam o comportamento político e, nessa medida, estabelecem os contornos dentro dos quais as decisões posteriores são tomadas (IMMERGUT, 1998), houve uma conjuntura crítica no cenário nacional durante a qual as opções políticas e institucionais iniciais realizadas para o setor de saúde, somadas à legitimação de certos atores que participavam das arenas setoriais e à definição dos arranjos institucionais, limitaram algumas possibilidades e

tenderam a perpetuar alguns aspectos do *status* adquirido. Por outro lado, essa mesma conjuntura teria também propiciado o surgimento de janelas de oportunidade, a partir das quais determinados atores e grupos sociais conseguiram ocupar espaços institucionais de relevante poder decisório e inserir alguns de seus interesses e ideias. Adiante, serão oportunamente convocados dados empíricos de forma a dar movimento ao modelo teórico.

Desta forma, evidencia-se a importância da incorporação da análise histórica, de modo a evitar o determinismo institucional no âmbito analítico. A história é marcada por acidentes de oportunidade e circunstância e, portanto, é fundamental o estudo dos elementos de continuidade e de ruptura na trajetória das instituições e das políticas públicas, compreendendo o contexto histórico como um ambiente marcado por seqüências e contingências (PEREIRA, 2014).

Para uma melhor compreensão das políticas estatais no caso do Brasil, foram estudadas, principalmente, as articulações entre os referenciais e mediadores setoriais encontrados em cada análise, além dos atores estatais relevantes, sendo que em muitos casos, se chegará à conclusão de que existe complexa relação entre eles. No que tange às conexões internacionais e à emergência de noções e conceitos com implicações organizacionais para a saúde pública brasileira, os processos históricos estudados na pesquisa envolvem a produção e circulação de ideias, conhecimentos, enunciados programáticos, assim como a sua aplicação prática sob a forma de políticas e programas, tanto no âmbito da atuação de organismos internacionais quanto da organização e prestação de serviços de atenção à saúde, seja pelos Estados nacionais, seja pelas esferas infra estatais, como estados e municípios. Desta forma, pretendeu-se alcançar uma sistematização do conhecimento existente e produção de conhecimentos originais.

CAPÍTULO 2 – A questão organizacional em saúde (1940-60)

2.1 Considerações iniciais

O objetivo deste capítulo é identificar as principais ideias e propostas na área da saúde, entre os anos 40 e 60, no que se refere à discussão da organização de serviços de saúde e cujos desdobramentos se relacionaram, em diferentes graus, com a política de saúde formalizada com a lei 6.229/75, que criou o Sistema Nacional de Saúde. Entende-se, portanto, que a iniciativa de formulação e implementação de um sistema de saúde no país em meados dos anos 1970 é herdeira de discussões, expertises e políticas que são cronologicamente anteriores ao SNS, sendo que alguns desses movimentos tomaram corpo e se manifestaram de forma mais organizada, em termos doutrinários e políticos. Poderão ainda ser realizadas breves e pontuais incursões aos anos 20 e 30, quando identificadas questões que se relacionem com o processo em análise.

Em diálogo com as ideias que circulavam em âmbito internacional, discutia-se o próprio conceito de saúde e seus determinantes, na presença de variados atores com diferentes perspectivas para o setor de saúde, entre elas: modificar a educação e, conseqüentemente, a forma de atuação médica, priorizar o desenvolvimento econômico para melhorar as condições da saúde (e vice-versa), alterar o modelo de proteção social e organizar, coordenar e expandir a cobertura dos serviços de saúde (GRANT, 1959). Portanto, a análise desta temática inclui a compreensão do significado e contribuição da medicina preventiva, da medicina integral e da medicina comunitária, enquanto novas propostas em saúde, passando a seguir para a compreensão do papel das organizações internacionais no setor, e se conclui na contextualização da saúde no Brasil nesse período: sua estrutura institucional, organização da assistência e principais correntes de pensamento.

2.2 Novas ideias e agendas para a saúde

O período após a Segunda Guerra Mundial se caracterizou por uma crise econômica que alcançou diversos países, associada a um contexto de baixo investimento social e crescente urbanização, com consequências na discussão sobre organização e oferta dos serviços de saúde, sob pressão do aumento da demanda e dos custos assistenciais (ESPING-ANDERSEN, 1995). Nesse cenário, a saúde internacional se tornou um importante instrumento da política externa e econômica pelas instituições multilaterais, bilaterais e filantrópicas. O mundo foi dividido em zonas de influência, uma delas, no hemisfério ocidental e liderada pelos Estados Unidos, incluiu a América Latina e o Caribe, tendo o pan-americanismo como ideologia e a Organização dos Estados Americanos (OEA) como ferramenta política (VIZENTINI, 2004).

A política externa americana tinha como principal objetivo conter o avanço do comunismo, não se valendo somente de medidas militares ou diplomáticas, mas também de programas de cooperação técnica, social, educacional e de saúde pública. Sendo assim, a hegemonia americana em programas médicos e científicos no exterior se desenvolveu concomitantemente ao surgimento de novas propostas de modernização para os países em desenvolvimento e à utilização de uma rede de agências bilaterais e multilaterais (CUETO, 2008), cuja criação e organização serão sumariamente abordadas a seguir.

Na segunda metade da década de 40, a saúde internacional passou por uma grande reorganização institucional com o surgimento de uma nova agência intergovernamental global: a Organização das Nações Unidas (ONU), em maio de 1945, durante uma conferência internacional realizada em San Francisco, na Califórnia. Esta nova instituição criou organismos técnicos especializados, incluindo uma agência internacional de saúde que, em 1948, foi formalmente fundada com o nome de Organização Mundial da Saúde (OMS) (CUETO; BROWN; FEE, 2019).

A OMS tinha como objetivo romper o ciclo vicioso da doença e da pobreza de forma a diminuir as tensões sociais, o que poderia ocasionar novos

conflitos internacionais, além do risco de revoluções comunistas. Segundo Cueto (2008), a OMS aproximou-se mais da América Latina após a eleição do brasileiro Marcolino Candau⁵, em 1953, como seu segundo diretor geral, cargo no qual permaneceu até 1973, após três reeleições. Outra agência da ONU que desempenhou um papel importante na saúde pública latino-americana foi o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), criado em dezembro de 1946, como um órgão temporário de socorro para o pós-guerra, mas que a partir de 1953 foi instituído como agência permanente da ONU.

Criado em 1902, com o objetivo de combater a febre amarela, o Escritório Sanitário Internacional expandiu sua atuação e passou por mudanças até que, em 1947, se converteu no órgão executivo da Organização Sanitária Pan-Americana, nome que seria substituído por Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 1958. A integração à ONU aconteceu em 1949, quando a entidade se tornou o Escritório Regional para as Américas da OMS e, em 1950, passou a fazer parte do sistema da OEA. A partir de então, começou a ter participação decisiva na criação de importantes instituições de saúde, na assessoria técnica e na coordenação de ações e esforços pela promoção de políticas de saúde para todo o continente americano (LIMA, 2002; CUETO, 2007).

Foi marcante a atuação desses organismos internacionais, que fizeram circular ideias para o continente latino-americano e forneciam suporte técnico e financeiro, tendo destaque a atuação da OPAS, a partir da realização de seminários internacionais, elaboração de documentos técnicos e capacitação de profissionais do setor (LIMA, 2002; PIRES-ALVES; PAIVA, 2006; MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2018).

⁵ Marcolino Gomes Candau (1911-1983), bacharelou-se pela Faculdade Fluminense de Medicina, em sua cidade natal, especializando-se na Universidade do Brasil e na Universidade Johns Hopkins, em Baltimore, nos EUA. Ingressou em 1950 no corpo técnico da Organização das Nações Unidas (ONU), tornando-se diretor da Divisão de Saúde Pública e, depois, entre 1953 e 1973, foi diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), com sede em Genebra, na Suíça. De julho a setembro de 1962, durante o governo parlamentarista de João Goulart, foi ministro da Saúde no gabinete do primeiro-ministro Francisco de Paula Brochado da Rocha. Substituído no cargo por Eliseu Paglioli, reassumiu suas funções à frente da OMS (CUETO; BROWN; FEE, 2019; WHO, 2019a).

Nesse cenário de intensos debates no campo da saúde pública, em âmbito internacional e nacional, emergiram variados movimentos progressistas com propostas e inovações para o setor que, segundo uma linguagem contemporânea, se desenvolveram basicamente sob duas temáticas: a primeira dizia respeito ao debate sobre modelos de atenção à saúde, e a segunda às questões concernentes à estrutura e administração dos serviços de saúde.

Não eram ideias de todo novas. Após a Grande Depressão ocorrida em 1929, sob influência das concepções inglesas em saúde e do Relatório Flexner⁶, houve o aparecimento de fortes críticas ao modelo de medicina liberal praticado nos Estados Unidos, em meio a debates sobre a necessária expansão da assistência médica frente à sua crescente complexificação e custos. Postulava-se que uma mudança na forma de atuação médica poderia melhorar as condições de saúde da população, o que demandava uma reorientação da formação acadêmica. Originou-se então, a reforma do ensino médico estadunidense, permeada por diversas correntes de pensamento e estratégias de remodelagem distintas entre si, contando com temáticas que passaram, em diferentes momentos, pela medicina preventiva, medicina de família, medicina generalista, medicina integral, medicina comunitária e integração docente assistencial. Em comum, havia a proposta de um componente integrativo para se contrapor à fragmentação da formação médica e a necessidade de uma mudança que alcançasse a prática profissional, até então predominantemente dirigida para a cura das doenças e que diante das novas necessidades sociais relativas ao cuidado médico, estariam sendo reorientadas no sentido da prevenção das doenças e obtenção de um estado global de saúde (MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2018).

Deste modo, na visão da medicina preventiva, o médico teria um papel central como agente de transformação a partir de uma nova atitude: a ação

⁶ Em 1910, foi publicado o estudo *Medical Education in the United States and Canada - A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, que ficou conhecido como o Relatório Flexner (*Flexner Report*) e é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial (PAGLIOSA; ROS; AURÉLIO, 2008).

preventiva no cuidado clínico (EDLER; PIRES-ALVES, 2018). A forma de olhar, pensar e refletir o setor saúde nessa época se baseava principalmente nas ciências biológicas e no modo como as doenças eram transmitidas, sendo seus conceitos básicos a história natural da doença⁷ e a multicausalidade⁸, conforme enuncia Boyd (1940, p. 1, tradução livre):

A medicina preventiva pode ser definida como um ramo da biologia aplicada que busca reduzir ou erradicar a doença a partir da remoção ou mudança dos agentes etiológicos. Incluído neste escopo está a higiene e o saneamento. Higiene se refere aos cuidados adequados com o corpo que permitem que os vários órgãos e tecidos funcionem normalmente. Saneamento se refere à adequada limpeza do ambiente. Intimamente relacionada a estes, a epidemiologia. (...). Já que a aplicação da medicina preventiva requer um conhecimento completo da etiologia da doença, é evidente que deficiências no conhecimento etiológico necessariamente limitam o escopo de um trabalho bem-sucedido.

Sendo assim, a medicina preventiva pretendia redefinir as responsabilidades do médico a partir deste conceito ecológico de saúde e doença para ampliar o seu espaço e sua atuação social. Os princípios teóricos da medicina preventiva foram introduzidos, principalmente, por Leavell e Clark (1953), que tiveram influência na divulgação das ideias e na implantação dos departamentos de medicina preventiva nos Estados Unidos, que mais tarde seriam expandidos para outros países (COSTA; MISOCZKY; ABDALA, 2018). Esses autores defendiam ainda que a medicina preventiva deveria ultrapassar a questão exclusiva de prevenção de doenças, devendo abranger

⁷ O modelo teórico da História Natural da Doenças, elaborado por Leavell e Clark (1953), estabelece a ocorrência de um primeiro momento do processo de adoecer, chamado período pré-patológico, onde existe um equilíbrio entre três figuras destacadas: o agente, o hospedeiro e o ambiente, de acordo com as características dos fatores que estão a eles associados (Exemplo: virulência do agente, resistência do hospedeiro e condições de moradia no ambiente). A seguir, em um segundo momento, ocorre a instalação da doença, cujo desenrolar pode resultar na cura, morte ou em um estado intermediário. Na proposta da medicina preventiva, o médico deve atuar nos dois momentos. O paradigma da História Natural da Doença rejeita uma causalidade simples e assume uma visão de multicausalidade na inter-relação de fatores complexos atuantes na gênese das doenças e em todo o seu processo evolutivo.

⁸ Multicausalidade: construção de modelos causais ou modelos ecológicos que trabalham na determinação das infinitas relações entre as possíveis variáveis dos agentes, hospedeiros e ambiente. Sobre tal debate, ver: BOYD, 1940; LEAVELL; CLARK, 1953; AROUCA, 1975

também a diminuição de sequelas causadas pelos processos mórbidos e a reabilitação do indivíduo.

Aparentemente, buscava-se uma solução para melhorar as condições de saúde das populações, mas também de racionalizar os custos da atenção médica: “os caros métodos diagnósticos e de tratamento sobrecarregam os recursos de uma maior parte da população, do que os serviços dos antigos médicos, que utilizavam somente os recursos de sua pequena maleta preta” (LEAVELL; CLARK, 1953, p. 3), preservando a natureza e a organização do trabalho médico liberal, que tinha o hospital como centro integrado de atenção à saúde em virtude de reunir, em um mesmo local, diferentes tecnologias de diagnóstico e tratamento, e os consultórios privados como *locus* da atenção médica individual. Nesse modelo de saúde, o social é reduzido ou simplificado, atuando como o meio ambiente no qual existem agentes causais, e não como uma sociedade que interfere e/ou determina os estados de saúde e doença. Adicionalmente, não se propunham alterações estruturais na organização da assistência, limitando seu alcance, conforme sinalizam Donnangelo e Pereira:

O caráter peculiar da assistência médica americana tem se revelado especialmente fértil em gerar e desenvolver propostas de recomposição da prática médica que, introduzindo fatores corretivos de deficiências próprias ao setor deixam todavia intocado o essencial da estrutura de produção de serviços (DONNANGELO; PEREIRA, 1976, p. 81).

Após a Segunda Guerra Mundial, esse discurso se expandiu para a América Latina, a partir de seminários patrocinados por organismos internacionais que estimulavam a criação de espaços onde se pudesse demonstrar a nova abordagem de formação médica, como os Seminários de Viña del Mar (1955) e Tehuacan (1956), promovidos pela OPAS e considerados marcos importantes do ensino da Medicina Preventiva na América Latina (OPS, 1957). Merece destaque a centralidade depositada no papel do médico, conforme trecho a seguir:

Para o planejamento e desenvolvimento dos programas de saúde e medicina pública, o fundamental é o pessoal bem treinado e em condições de aperfeiçoar suas habilidades pela experiência. **Entre os profissionais de saúde, corresponde ao médico uma responsabilidade principal.** Mais ainda, o

progresso da saúde de um país reside em uma profissão médica competente, informada e consciente de sua responsabilidade social. **Por isso a Oficina Sanitária Pan-americana e a Organização Mundial da Saúde concedem um papel preponderante à melhor formação do médico e a outras atividades de educação e treinamento como o método de eleição para melhorar a prática da medicina e revigorar as instituições locais e nacionais de saúde pública** (OPS, 1957, p. 1–2, tradução livre, grifo nosso).

No Brasil, esse debate encontrou solo fértil no rico cenário no qual variados atores pensavam e discutiam a questão organizacional dos serviços de saúde, em um momento político de progressivo aumento da intervenção estatal no campo da saúde pública, com importantes mudanças institucionais (CORDEIRO; QUADRA, 1977). Com o suporte dessas agências internacionais, a medicina preventiva estabeleceu-se, inicialmente, nos círculos acadêmicos e foram então progressivamente surgindo, nas faculdades de medicina, os Departamentos de Medicina Preventiva (DMP), sendo pioneiras as faculdades Paulista de Medicina e a de Ribeirão Preto (ESCOREL, 1999). Posteriormente, de acordo com as diretrizes da Reforma Universitária de 1968, foi estabelecida a obrigatoriedade da disciplina de Medicina Preventiva (entre outras) no currículo médico mínimo, o que ampliou essa base departamental por todo o país. Diferentemente dos Estados Unidos, onde por variados motivos, entre eles a forte capacidade de pressão política das associações médicas, esse debate regride, aqui os DMPs acabaram por funcionar como espaços de discussão e circulação de novas ideias, ultrapassando a questão da formação médica como cerne da expansão e melhoria da assistência médica, e cobrando maior atuação do Estado no campo da saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998; RIBEIRO, 1991; SOUZA, 2014). Nesse sentido, segundo Donnangelo (1983), a criação dos DMPs nas universidades institucionalizou a produção de conhecimentos sobre o estado de saúde da população e de organização de serviços de saúde.

Na interpretação de Nunes (1994) e Paim (2008), devido ao papel centralizador desempenhado pelo Estado na prestação da assistência e à crise do sistema previdenciário (melhor descrita adiante), responsável pelo modelo de atenção em saúde priorizado nesse período, a proposta da medicina

preventiva teria vindo de encontro ao projeto racionalizador da atenção médica, alinhado ao discurso difundido pelas fundações americanas de extensão de cobertura, integração docente-assistencial, ênfase no pessoal auxiliar, participação da comunidade e organização de serviços de saúde.

Em conclusão ao exposto acima, a Medicina Preventiva no Brasil teve sua trajetória influenciada principalmente por três fatores (RIBEIRO, 1991):

- A atuação de agências internacionais na divulgação de ideias, promoção de pesquisas e formação de pessoal;
- Uma maior intervenção do Estado na organização da assistência e formação médica, com vistas à expansão de cobertura e racionalização de custos na saúde;
- A existência de estudantes e profissionais de saúde insatisfeitos com o modelo de atenção à saúde praticado no país, questionando o foco de ação para a mudança pretendida.

Deste modo, a proposta da medicina preventiva americana, de expansão assistencial a partir de mudanças na formação e na prática médica, mas preservando a lógica liberal, encontrou novas condições no Brasil, de aumento progressivo da ação estatal no setor, de reflexões e projetos dos próprios médicos e estudantes de medicina que ultrapassavam a questão da atuação médica, avançando para as questões estruturais e organizacionais da assistência. Tais orientações, nos marcos teóricos deste trabalho, constituíam-se, gradualmente, em um elemento institucional importante na trajetória da saúde pública brasileira.

Nesse período, as ações preventivas e coletivas em saúde estavam restritas ao Ministério da Educação e Saúde, transformado em Ministério da Saúde em 1953, ao se separar da pasta da Educação, coerentemente com o momento em que ocorre uma valorização das ações em saúde pública. Entretanto, como veremos a seguir, a organização desses serviços era centralizada no Estado, com ênfase na atuação a partir de campanhas por doença e desacopladas da assistência médica previdenciária, que se restringia

aos trabalhadores formais, ou seja, aos contribuintes do sistema, e cujo modelo de atenção se pautava em medidas curativistas.

Concomitante ao surgimento da medicina preventiva, se desenvolvia o conceito de medicina integral, o qual buscava contrapor ao caráter fragmentário do trabalho médico, decorrente do surgimento e desenvolvimento das especialidades, uma concepção globalizadora do indivíduo, entendido como uma totalidade biopsicossocial irreduzível, no que tange à sua saúde. Acreditava-se que pela superação desse confronto seria possível resolver a questão da eficiência técnica, da redução dos custos médicos e do desempenho da medicina frente às necessidades sociais. A recomposição do sentido totalizador da prática, unindo as ações preventivas e assistenciais, implicava ainda, portanto, compreender o paciente dentro de seu contexto social, dada por sua inclusão em um campo de relações onde a família aparecia como unidade fundamental, considerando o conjunto de fatores que concorriam para o aparecimento de doenças, de modo que a ação médica ocorresse em momentos precoces do processo saúde-doença, antecipando-se, sempre que possível, à necessidade do recurso a ações curativas (DONNANGELO; PEREIRA, 1976).

No Brasil, segundo Mello (2010), é possível reconhecer a discussão e aplicação prática desse conceito no Serviço Especial de Saúde Pública, criado em 1942 a partir de um acordo bilateral entre Brasil e Estados Unidos e implantado inicialmente nos vales do Amazonas e do Rio Doce, como será melhor caracterizado adiante. A partir da criação e organização de uma rede interligada de unidades sanitárias, esse serviço propiciou a efetivação dos princípios de integração e coordenação no terreno da prática assistencial, tão caros ao debate organizacional daquele período.

Por sua vez, a medicina comunitária, também originária dos Estados Unidos, na década de 60, retomou e reorientou as questões já postas no campo de problemas e tentativas de solução acerca da prática médica. Na sequência da medicina preventiva e da medicina integral, colocava-se principalmente

como uma estratégia de organização e prestação de serviços à população, antes que um campo sistematizado de princípios. Sobre esta questão:

Tradicionalmente, as escolas médicas têm primariamente se preocupado com o produto do processo educacional, o médico, ao invés do destinatário deste esforço, o público; as necessidades sociais e sua importância não têm sido foco de interesse, entretanto, **tem se tornado evidente que a educação não pode ser separada do sistema de saúde para o qual ela se destina. Desta forma, o sistema se tornou uma preocupação inevitável e legítima da universidade** (LATHAM; NEWBERRY, 1970; apud DONNANGELO; PEREIRA, 1976, p. 87, tradução livre, grifo nosso).

Esta vertente previa a organização de serviços de saúde extra hospitalares, destinados ao exercício profissional do novo médico, portador de uma atitude integral, preventiva e social frente aos seus pacientes. As atividades assistenciais em comunidades, além de servirem para a formação desse novo profissional, visavam contribuir para a expansão da cobertura da atenção médica, especialmente para segmentos carentes da população, em grande parte, como uma resposta às tensões sociais decorrentes das mobilizações populares a favor dos direitos civis e contra a discriminação racial que ocorriam nos EUA (MELLO, 2010).

A medicina comunitária também se difundiu para as sociedades dependentes com o suporte das agências internacionais tais como a Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-americana da Saúde. Na América Latina a expansão desse projeto ganhou corpo na década de 70 e resultou na criação de programas experimentais de prestação de serviços que propunham o desenvolvimento de modelos de assistência passíveis de garantir a extensão do cuidado à saúde a populações pobres, urbanas e rurais (DONNANGELO; PEREIRA, 1976; SOUZA, 2014). Apesar de terem surgido em momentos diferentes nos Estados Unidos, a medicina comunitária e a medicina preventiva chegaram, mais ou menos, ao mesmo tempo no Brasil, entre os anos 60 e 70 (DONNANGELO; PEREIRA, 1976; SCHRAIBER, 1989).

Sendo assim, é possível observar o início da construção e institucionalização de um novo campo de práticas e saberes na saúde pública, a partir de um diálogo com ideias que circularam tanto fora como dentro do país. Ainda que primariamente relacionada à educação médica, a Medicina Preventiva trouxe contribuições importantes ao campo teórico e prático da assistência à saúde, a partir de uma visão mais abrangente do conceito de saúde, da definição de novas responsabilidades ao médico diante da saúde e da prevenção de doenças e como um instrumento que permitiria a expansão da assistência para a população mais carente, a um menor custo, questões importantes que se inseriram no debate organizacional dos serviços de saúde nos países subdesenvolvidos, entre eles o Brasil (DONNANGELO, 1983; ESCOREL, 1999). A integralidade do cuidado médico, unindo as ações preventivas e curativas na prática assistencial, proposta da medicina integral, foi motivo de muita discussão tanto no que tange à estruturação e coordenação entre os níveis hierárquicos de atenção à saúde, como na organização e atribuição de competências entre as instituições que atuavam na área da saúde. A medicina comunitária configurou o aspecto pragmático dessas correntes de pensamento, materializando o discurso e deslocando o foco da educação médica como solução das questões de saúde para o debate organizacional da assistência.

Até aqui, buscou-se analisar o debate sobre modelos de atenção à saúde, mas como informado anteriormente, as questões concernentes à estrutura e administração dos serviços de saúde, com foco na expansão de cobertura e na racionalização de custos, também foram alvos de importantes discussões nos países. No Reino Unido, “The British White Paper: A National Health Service” (SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION - USA, 1944) foi publicado em 17 de fevereiro de 1944, pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Escócia, e recomendava a criação de um Serviço Nacional de Saúde. Este sistema teria a gestão única pelo Ministério mencionado, mas sua administração seria descentralizada, abrangeria as medidas preventivas e curativas para toda a população, seria gratuito, hierarquizado e integrado, baseado na medicina de família e livre escolha do médico. A iniciativa privada

seria convidada, mas não obrigada a participar. Alguns anos depois, em 1948, foi então criado o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, englobando os sistemas da Inglaterra, Escócia e País de Gales.

Nos Estados Unidos, a Associação Americana de Saúde Pública publicou, em dezembro de 1944, um relatório oficial intitulado “Assistência Médica em um Programa Nacional de Saúde” (AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION, 1944) no qual se esboçava um vasto programa destinado a tornar acessíveis, à toda a população, serviços preventivos, curativos e diagnósticos, sob a responsabilidade de uma única entidade, a fim de tornar mais eficiente a administração em todos os níveis: federal, estadual e local. Os serviços de saúde federais, estaduais e locais se encarregariam da execução do programa e contariam com a assistência de Conselhos onde, além da participação dos profissionais do setor, estariam também representadas outras fontes dos serviços, bem como os seus destinatários. O Presidente Truman (1945-1953) apoiou a criação de um Sistema Nacional de Saúde americano que não se restringisse aos trabalhadores formais, mas o forte lobby da Associação Médica Americana, sob o argumento de ser uma “medida socializante”, conseguiu, junto com outros setores relacionados à saúde (empresas de seguros), derrubar a proposta (FALK, 1973).

De modo a superar os problemas administrativos e financeiros de um aparato institucional fragmentado e da tradicional forma de segmentação ocupacional do sistema de saúde chileno, foi aprovada a criação do Sistema Nacional de Salud (SNS), em 1952, após vários anos de discussão no Congresso chileno. Segundo Lanzara (2006), a emergência de tal sistema pode ser interpretada como um produto das demandas de uma forte comunidade epistêmica relacionada à medicina social e estruturada no interior de duas importantes instituições, formadas nos anos 40, que influenciaram consideravelmente as políticas públicas de saúde no país: a Escola de Saúde Pública da Universidade do Chile (1943) e o Colégio Médico do Chile (1948). Subordinado ao Ministério da Saúde Pública, o SNS chileno incorporou todos os serviços assistenciais então existentes e se organizou de forma descentralizada, entre as treze zonas de saúde criadas. Entretanto, ele previa

cobertura universal somente nas ações preventivas, ao passo que os cuidados curativos se mantiveram restritos aos indigentes, aos operários do mercado formal e seu grupo familiar (LABRA, 1995).

Segundo Pires-Alves e Maio (2015), a filosofia pública⁹ que passou a predominar na saúde internacional, no contexto interamericano, no período compreendido entre as décadas de 50 a 70, era a do "desenvolvimento". Embora houvessem diferentes visões acerca dos propósitos e modos de realização do desenvolvimento nesse período (como principais: a Teoria Desenvolvimentista e a Teoria da Dependência, melhor descritas no capítulo 3), construiu-se um relativo consenso acerca da necessidade de iniciativas conjuntas visando a uma aceleração do processo de desenvolvimento nos países ditos subdesenvolvidos, com o suporte das organizações internacionais, que se constituiu basicamente no duplo papel de apoiar o financiamento e prover assistência técnica.

No que se refere à mudança na pauta de temas prioritários, destacam-se a inclusão e a importância conferida a temas como organização de serviços nacionais de saúde, zoonoses, saúde dos trabalhadores, saúde materno-infantil, migrações, alimentos, fármacos e as relações entre a saúde pública e os seguros sociais. Outra área que viria a se desenvolver com maior intensidade é a de engenharia sanitária, com foco no saneamento básico (LIMA, 2002). Essas ações se inserem no contexto de um novo posicionamento da OMS, a partir da década de 50, conforme segue:

Tendo em vista o fato de a primeira Assembleia Mundial da saúde ter concedido prioridades a determinados assuntos (malária, tuberculose, doenças venéreas, saúde materna e infantil, nutrição e saneamento ambiental), a maioria dos governos que solicitaram os serviços de aconselhamento durante os últimos dois anos pediram assistência nestes assuntos específicos. **Recentemente, no entanto, este tipo de assistência (frequentemente sob a forma de envio de consultores ou equipes para os países) tem sido considerado e utilizado como base para o estímulo e**

⁹ Os autores utilizaram o conceito atribuído por Weir (1992), no qual entende-se por “filosofia pública” os enunciados que, relativos a valores e princípios, dizem respeito aos fundamentos morais ou éticos, ao sentido e à legitimidade de uma dada iniciativa.

promoção dos serviços de saúde em geral (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1951, p. 18, tradução livre, grifo nosso).

Durante a V Assembleia Mundial de Saúde realizada em Genebra, em maio de 1952 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1952), a temática do desenvolvimento associado à melhoria das condições de saúde fez parte das discussões técnicas, com base nas apresentações dos trabalhos de Charles-Edward Winslow e Gunnar Myrdal, respectivamente sobre o valor econômico da medicina preventiva e sobre as implicações econômicas da saúde. Winslow discorreu sobre os retornos econômicos dos investimentos em saúde pública, a partir da aplicação das novas tecnologias em saúde, como o DDT, a penicilina e as vacinas e destacou a necessidade de se fazer avançar a organização de serviços básicos suficientemente completos, hierarquizados e permanentes, contando com a participação das comunidades, desde as etapas de planejamento das ações de saúde (WINSLOW, 1952). Por sua vez, Myrdal, apresentou sua teoria do ciclo de causação social cumulativa, segundo a qual alterações em um determinado componente da vida social poderiam gerar alterações em cadeia, sucessivamente potencializadoras, justificando assim a necessidade de uma ação em múltiplas frentes no que tange ao desenvolvimento, buscando articular e integrar os aspectos econômicos, sociais, políticos e culturais, e considerando a educação uma dimensão fundamental (MYRDAL, 1952).

Estamos todos gratos ao professor Winslow e ao professor Myrdal por nos tirar da atmosfera rotineira do nosso trabalho e por nos lembrar tanto da limitação quanto das potencialidades de nossas atividades. "O programa de saúde pública", disse o professor Winslow, "não pode ser inteligentemente planejado em um vácuo, mas apenas como uma parte vital de um programa mais amplo de reconstrução social". "Um trabalho bem-sucedido de reformas de saúde", declarou o professor Myrdal, "se relaciona ao aumento progressivo da necessidade de técnicas mais produtivas e de afluxo de capital do exterior, se os resultados de padrões de saúde mais elevados não são para ser um estímulo para contínua e, talvez, agravada pobreza" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1952, p. 151, tradução livre).

Conforme consta no próprio documento desta assembleia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1952, p. 151), essas apresentações causaram grande interesse entre os presentes, suscitando discussões sobre as questões organizacionais da assistência, como a definição das áreas locais, os problemas relacionados ao estabelecimento de unidades de saúde e a falta de pessoal treinado, quando então foram apresentadas sugestões para a construção de quadros de assistentes técnicos treinados localmente, sob a supervisão especializada de centros de saúde de maior porte. O momento de maior controvérsia teria se dado na questão da participação da comunidade nas atividades de saúde pública, especialmente no nível local. De modo contrário, Pires-Alves e Maio (2015) informam que essas contribuições tiveram reduzido impacto na ocasião, ao menos no contexto da saúde interamericana, e retornariam com força somente ao final dessa mesma década.

A OPAS se inseriu nesse debate quando, por iniciativa dos EUA, introduziram-se com maior ênfase programática as questões das políticas e reformas de cunho social. Ainda assim, buscou manter uma atuação nos temas considerados neutros e técnicos, pertinentes a uma organização internacional setorial, como educação básica, habitação, cooperação científica e técnica, planejamento e, naturalmente, as questões da saúde. Pelo seu caráter de organização especializada, a OPAS era a instituição mais vocacionada para assessorar o preparo dos planos de saúde pública a serem apresentados para financiamento pelos bancos internacionais de auxílio (PIRES-ALVES; MAIO, 2015). Entretanto, cabe ressaltar que a ampliação da agenda não implicou na perda de importância do combate a doenças transmissíveis nesse momento (LIMA, 2002).

Durante a primeira metade da década de 1950, o então diretor da OPS, Frederick L. Soper¹⁰ (ex-funcionário da Fundação Rockefeller¹¹), empenhou esforços e convenceu os dirigentes da OMS, da OPAS e da UNICEF sobre os benefícios dos programas de erradicação vertical de doenças, considerando a campanha contra a malária o mais importante deles. Nesse período, houve uma relativa diminuição das discussões em torno da elaboração e organização de sistemas articulados de saúde e da participação da comunidade na concepção e implementação das políticas e dos programas de saúde. Entretanto, as campanhas de saúde eram, com frequência, sumariamente interrompidas quando os objetivos não eram alcançados dentro dos prazos previstos ou os recursos financeiros fornecidos pelas agências internacionais se esgotavam. Como consequências, havia retrocessos nos programas de saúde e criava-se uma fragmentação institucional nos países latino-americanos, visto que muitos embarcavam nos novos programas sem encerrar ou reformar devidamente aqueles que enfrentavam dificuldades, resultando em uma miscelânea de programas verticais e outros alternativos. Não raramente, esse quadro de desintegração gerava rivalidade e tensão, como ocorreu entre o Serviço Especial de Saúde Pública e o Departamento Nacional de Saúde, os quais serão abordados no tópico a seguir (CUETO, 2015). Nesse cenário, o modelo campanhista, entendido como aquele que se utiliza preferencialmente de campanhas sanitárias organizadas pelo Estado para combater as epidemias, mostrou-se insuficiente para a almejada melhoria das condições de saúde das populações, reacendendo as discussões em torno da organização da assistência.

¹⁰ Frederick Lowe Soper (1893-1977) foi um epidemiologista americano e administrador de saúde pública que desempenhou destacado papel na luta contra a febre amarela e outras doenças infecciosas no Brasil como parte do seu trabalho com a Fundação Rockefeller nas décadas de 20 e 30, no controle do tifo na África do Norte e na Itália durante a Segunda Guerra Mundial. Em 1946 ganhou um Lasker Award por ter organizado campanhas bem-sucedidas para erradicar a febre amarela e a malária entre 1927 e 1945. Foi diretor da Oficina Sanitária Pan-Americana de 1947 a 1959 (MAGALHÃES, 2016).

¹¹ De sua criação, em 1913, até o início da década de 40, a divisão internacional de saúde da Fundação Rockefeller foi a agência mais importante na saúde pública latino-americana, a partir da realização de campanhas contra a ancilostomíase, a febre amarela e a malária, com o objetivo de proteção do comércio marítimo, de segurança dos portos, cidades e áreas econômicas relacionadas ao comércio mundial. Em 1951, esta divisão encerrou suas atividades (CUETO, 1996; LÖWY, 2006).

A partir de 1959, o chileno Abraham Horwitz¹² assumiu a direção da OPAS. Embora não fosse inicialmente contra as campanhas de erradicação de doenças, também não as incentivou. Inspirado por Winslow e Myrdal, entre outros, era de seu principal interesse estabelecer o conteúdo econômico das ações de saúde e a reciprocidade das implicações presentes na relação entre saúde e desenvolvimento econômico (PIRES-ALVES; MAIO, 2015). Sendo assim, de modo a realizar a necessária mediação entre o desenvolvimento, como filosofia pública, e uma agenda programática setorial, produziu e divulgou diversos documentos de caráter programático, assim como artigos publicados no principal periódico da organização: o *Boletín de la Oficina Sanitaria Pan-americana*, frequentemente na temática da relação entre economia, desenvolvimento e saúde, conforme publicação do próprio Horwitz (1959, p. 93, tradução livre), a seguir:

De acordo com o espírito e a letra de sua Constituição, a Organização Pan-Americana da Saúde tem como objetivos fundamentais a promoção e a coordenação dos esforços dos países do hemisfério ocidental para combater as doenças, prolongar a vida e estimular a saúde física e mental de seus habitantes. Esta única afirmação revela a necessidade de integrar todas as suas ações com aquelas outras que promovam o bem-estar, pela inter-relação permanente e recíproca entre saúde, economia e progresso social. O nosso interesse na agenda da Organização dos Estados Americanos é, portanto, explicado porque o interpretamos como tendendo a promover o bem-estar das pessoas e suas comunidades, como uma tradução do desenvolvimento econômico, ordenado e harmonioso, de países.

É então que, diante da premente necessidade de ampliação e melhoria dos serviços de assistência médica de modo a impulsionar os países latino-americanos rumo ao desenvolvimento, a questão organizacional dos serviços de saúde ganha novo fôlego, sendo gradualmente mais abordada de forma

¹² Abraham B Horwitz (1910-2000) foi uma personalidade marcante da saúde pública mundial e pan-americana durante a segunda metade do século XX. Médico, especialista em doenças infecciosas e saúde pública, foi muito influente no nascimento da Escola de Saúde Pública da Universidade do Chile e do Serviço Nacional de Saúde deste país. Foi Diretor Executivo da Organização Pan-Americana da Saúde, ocupando essa posição por 16 anos (1959-1975), período no qual a instituição experimentou um grande desenvolvimento (JIMÉNEZ DE LA JARA, 2003).

pragmática na chave da administração e do planejamento. Conforme será visto no capítulo a seguir, o planejamento viria a se tornar “a resposta para todos os males” do setor de saúde, garantindo, em sua retórica, eficiência e eficácia às ações governamentais setoriais.

Procuramos, portanto, reconstruir parte dos debates e iniciativas que, no contexto dos anos 1940 a 60, protagonizaram o eixo de discussões sobre modelos e organização de serviços de saúde, atuando como uma comunidade epistêmica transnacional que teve importante papel não somente na construção e circulação de ideias, como também na elaboração e implantação de políticas públicas setoriais nos países subdesenvolvidos, não querendo dizer com isso que estes países agiram exclusivamente receptáculos dessas ações, mas certamente foram por elas bastante influenciados.

No âmbito da saúde pública brasileira, algumas dessas discussões foram incorporadas e remodeladas de acordo com o contexto político e setorial, uma vez que os sanitaristas brasileiros mantiveram amplo diálogo com as discussões internacionais. Como vimos, um deles, Marcolino Candau, chegou inclusive a ocupar o cargo de diretor da OMS por 20 anos (1953-1973)¹³. A proposta americana da medicina preventiva culminou na instituição dos DMPs no Brasil e serviu de base para o duradouro debate sobre a união das medidas preventivas e curativas na organização da assistência, questão fundamental nas discussões em torno da criação do Sistema Nacional de Saúde, como será oportunamente demonstrado. Sobre a organização dos serviços nacionais de saúde, foi possível demonstrar que essas ideias já circulavam internacionalmente e foram concretizadas em alguns países, desde a década de 40. Vejamos agora como essa organização se dava, nesse período, no Brasil, e as principais propostas a seu respeito.

¹³ O Brasil teve participação fundamental na história da Organização Mundial da Saúde, uma vez que a proposta de sua criação resultou de uma parceria dos delegados do Brasil (com destaque para Geraldo Horácio de Paula Souza, médico sanitário) e a representação chinesa, que propuseram o estabelecimento de um organismo internacional de saúde no âmbito das políticas da ONU (MELLO, 2010, p. 87). Para mais detalhes sobre a história da OMS, ver: (CUETO; BROWN; FEE, 2019).

2.3 A organização da saúde no Brasil

2.3.1 A Saúde Pública

No que tange a organização da saúde pública brasileira na década de 40, ela se dava em torno de dois órgãos principais, criados no início do Governo Vargas: o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública (MESP), criado em 14 de novembro de 1930, que passou a se denominar Ministério da Educação e Saúde (MES) a partir sua reforma administrativa, em 1937 (Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937), e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), criado em 26 de novembro de 1930.

Segundo Fonseca (2007) e corroborado por Mello (2010), com essa configuração institucional, o governo Vargas teria tomado uma das mais fundamentais decisões da política social brasileira, instituindo então, desde 1930, uma dualidade na prestação de serviços de saúde no país: uma dimensão corporativa e focada na assistência social, concernente ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC); e outra universalista e de caráter coletivo, ligada ao Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP):

De um lado a inclusão do governo, burguesia industrial e trabalhadores nas negociações das políticas sociais; de outro a organização dos serviços de assistência aos agravos coletivos para o público geral (MELLO, 2010, p. 126).

Em consequência disto, se constituiriam diferentes interesses e grupos no universo da saúde pública.

Neste momento, nos deteremos nas ações do MES, reservando para o tópico seguinte a análise do papel da medicina previdenciária, no âmbito do MTIC. Inicialmente, a criação do MESP não trouxe nenhuma alteração para a saúde pública, significando apenas a incorporação do já existente Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), criado em 1920 (HOCHMAN, 2012). Considerada um marco na saúde pública enquanto política estatal, foi durante a gestão de Gustavo Capanema no MESP (1934-1945) que ocorreu a reforma deste Ministério (conhecida como Reforma

Capanema¹⁴), a partir de janeiro de 1937, a qual definiu rumos para a política de saúde pública, reformulando e consolidando a sua estrutura administrativa, que permaneceu praticamente inalterada até a criação do Ministério da Saúde, em 1953 (HOCHMAN; FONSECA, 1999). O principal responsável pela implementação das reformas na área da saúde foi João de Barros Barreto, empossado como diretor do Departamento Nacional de Saúde (DNS) em fevereiro de 1937, tendo se destacado por ter sido a autoridade que por maior tempo ocupou o cargo, nos períodos de 1937-1939 e de 1941-1945, quando foram criadas as Delegacias Federais de Saúde (1937), as Conferências Nacionais de Saúde (1937) e os Serviços Nacionais de Saúde (1941)¹⁵.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE, 1941) foi realizada em novembro de 1941, no Rio de Janeiro, por proposição de Gustavo Capanema. O decreto de convocação (Nº 6.788, de 30 de janeiro de 1941) estabelecia que seu objetivo seria ocupar-se dos diferentes problemas da saúde e da assistência, com foco especial em quatro aspectos¹⁶, elencando como o primeiro a organização sanitária estadual e municipal, o que revela uma nítida preocupação com a gestão e administração dos serviços de saúde, no âmbito de um Estado que se constituía.

Toda a estrutura de saúde pública reorganizada durante a gestão de Gustavo Capanema (1934-1945), por conseguinte, durante o primeiro governo Vargas, esteve orientada por esta preocupação, a de marcar presença em todo o país. **O objetivo era partir das capitais para investir no interior, nos municípios e montar uma rede bem articulada de**

¹⁴ De fato, foram duas as reformas empreendidas por Capanema: uma mais geral da estrutura do MESP, implementada em 1937, e outra mais específica nas ações de saúde, em 1941, com a criação dos Serviços Nacionais, que verticalizaram as campanhas de combate a doenças específicas e às grandes endemias (FONSECA, 2007).

¹⁵ O Decreto Lei nº 3.171, de 2 de abril de 1941, entre outras providências, dispôs sobre a reorganização do Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e Saúde, definindo sua competência e composição, conforme a seguir: Divisão de Organização Sanitária; Divisão de Organização Hospitalar; Instituto Oswaldo Cruz; Serviço Nacional de Lepre; Serviço Nacional de Tuberculose; Serviço Nacional de Febre Amarela; Serviço Nacional de Malária; Serviço Nacional de Peste; Serviço Nacional de Doenças Mentais; Serviço Nacional de Educação Sanitária; Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina; Serviço de Saúde dos Portos; Serviço Federal de Águas e Esgotos; Serviço Federal de Bioestatística; e Sete Delegacias Federais de Saúde.

¹⁶ Organização sanitária e municipal; ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.

serviços de saúde (FONSECA, 2007, p. 172–173, grifo nosso)

Nesta Conferência, diante do aumento de poder do DNS no controle e normatização das atividades de saúde pública em todo o país, foi proposta a atualização do modelo de interação entre estados e União iniciado na República Velha, a partir de convênios entre serviços estaduais e federais, para a implementação de ações sanitárias. De acordo com Hochman (2005, p. 131–132):

(...) o formato institucional escolhido foi verticalizar essas ações, que seriam especializadas por enfermidade a ser enfrentada, coordenadas por um núcleo central que residiria no Ministério e implementadas de modo hierárquico nos estados e nos municípios. (...)

Dessa forma, o Governo Federal pretendia ampliar a sua presença nas diversas regiões do país, implementando e supervisionando as ações de saúde pública.

A centralização proposta, foi alvo de críticas, apontando as dificuldades que impunha à “perfeita articulação de todo o organismo”, conforme exposto por Samuel Pessoa, então Diretor do Departamento de Saúde de São Paulo:

Ora, a centralização excessiva, além de poder acarretar autonomia extemporânea, prejudica a perfeita articulação de todo o organismo, dificultando assim a distribuição dos funcionários pelas numerosas unidades sanitárias; o fornecimento de material de um único almoxarifado central a uma centena de localidades diversas; a orientação técnica para a solução de problemas locais, etc, etc.

Em consequência disso, vemos o atual estado das coisas tornando certamente mais morosa e cara uma administração cujas finalidades devem torná-la de ação rápida e baixo custo (CORREIO PAULISTANO, 1943, p. 4).

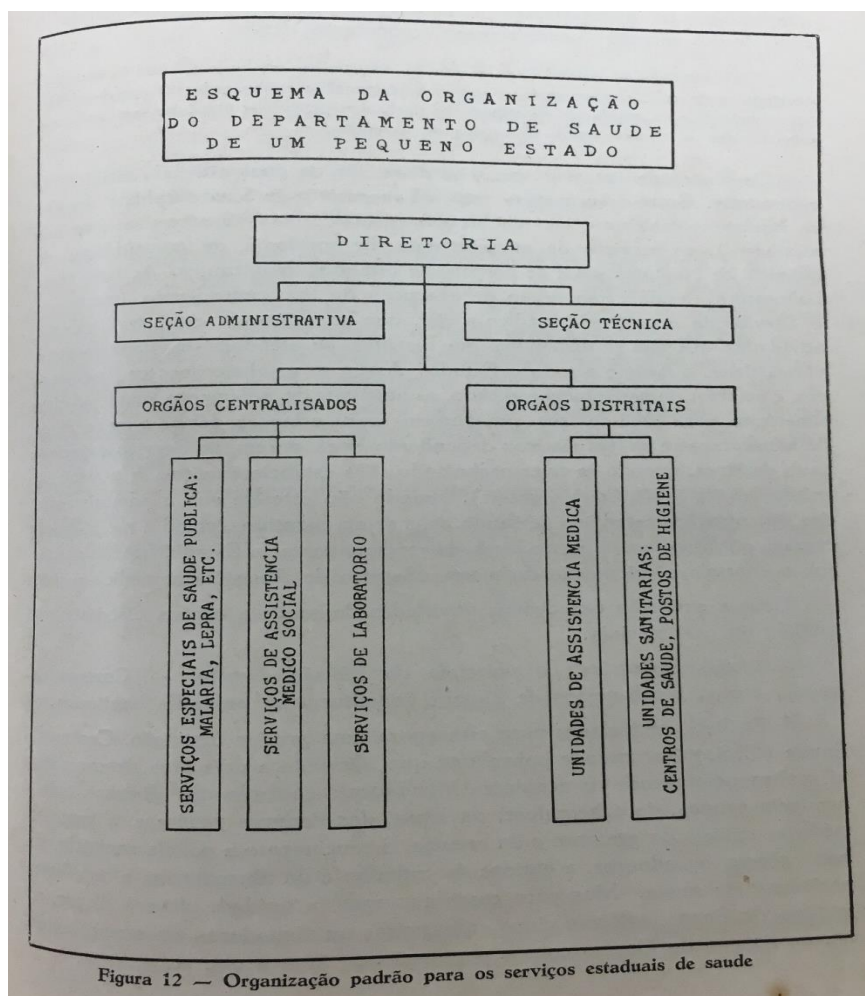
Cabe ressaltar que também nesse período havia uma recusa dos profissionais e dirigentes vinculados ao DNS em abrir mão de uma agenda sanitária “rural” e de incluir as ações médico-curativas no campo institucional da saúde pública, indicando que a dualidade na prestação de serviços no país, mencionada na citação de Mello (2010, p. 126), acima, não foi resultado somente de uma estratégia governamental (HOCHMAN, 2005). Conforme assinala Mello (2010), até que o Ministério da Saúde fosse criado, em 1953, e assumisse a condução política da saúde, esta frequentemente refletia o ponto de vista do sanitário que estivesse na direção da pasta da saúde pública.

Sobre a organização da assistência, a 3ª proposição feita na 1ª CNS informa, entre outros, que (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE/DNS, 1942, p. 65):

- a) Para a execução das tarefas de saúde e assistência, o território de cada Estado deverá ser dividido em distritos, providos de unidades sanitárias (centros de saúde e postos de higiene).
- b) Os centros de saúde deverão realizar, pelo menos, as seguintes atividades: controle das doenças transmissíveis agudas, tuberculose, lepra, doenças venéreas, proteção médico-sanitária da gestante e da criança, saneamento e polícia sanitária, higiene do trabalho e da alimentação e exames periódicos de saúde.

Para a organização sanitária e da assistência, em nível central, o DNS contava com a Divisão de Organização Sanitária, composta das seções de Doenças Transmissíveis, de Administração Sanitária, de Nutrição, de Engenharia Sanitária e de Enfermagem, e a Divisão de Organização Hospitalar, composta das seções de Edificações e Instalações, de Organização e Administração, de Assistência e Seguro Saúde. No que tange à organização dos serviços de saúde nos estados e sua articulação com o DNS, a responsabilidade coube às Delegacias Federais de Saúde (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE, 1942). No âmbito estadual, a Figura 1 demonstra a estrutura organizacional da saúde:

Figura 1: Organização de Departamento de Saúde de um pequeno Estado



Fonte: (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE, 1942, p. 206)

Como se pode observar, a organização padrão para os serviços estaduais de saúde previa a separação entre as atividades de assistência médica e as sanitárias, estas últimas desenvolvidas nos Centros de Saúde e Postos de Higiene.

De acordo com a nova orientação da Divisão de Organização Sanitária e seguindo integralmente a 3ª proposição da 1ª CNS, letra b, mencionada acima, os Centros de Saúde eram unidades polivalentes e que serviam a uma determinada área. Como programa mínimo, se estabeleceu que uma unidade atenderia a todo um distrito, com sede no núcleo maior e mais importante. De acordo com o número de médicos e enfermeiras existentes na unidade, quando em menor número, ou somente um de cada, caracterizava-se a unidade como Posto de Higiene 1ª classe ou 2ª classe, respectivamente. Se faltasse no quadro

a Visitadora, o elemento central de ação da unidade, ele então se denominava Subposto. Os Postos Especializados se destinavam a uma ação distinta, como por exemplo, a Boubá ou o Tracoma, e os Postos Itinerantes eram unidades móveis e independentes (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE, 1942, p. 208-209). Nesse período, o país contava com 350 distritos sanitários, mas a concentração das unidades sanitárias ocorria principalmente nas regiões sul e sudeste, com enormes vazios no norte, centro-oeste e nordeste, conforme é possível verificar na Figura 2, a seguir:

Figura 2: Organização Distrital e distribuição das Unidades Sanitárias



Fonte: (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE, 1942, p. 210)

Nesse aspecto, Samuel Pessoa¹⁷, em sua laureada¹⁸ obra: “Problemas Brasileiros de Higiene Rural” (1949, p. 543), já criticava: “Como dissemos em 1944, os serviços de saúde no Brasil ainda são destinados a uma elite, a uma classe privilegiada da população, vivendo afastados do povo e até hoje não servindo ao povo”. Como solução, propunha a criação Associações de Saúde Rural que, em semelhança com as sociedades de mútuos socorros, não teriam fins lucrativos, reuniriam as contribuições da população de determinada área, responsável pela sua gestão, e cujas atividades em saúde, preventivas e curativas, seriam orientadas pelo Centro de Saúde do município em questão, o qual também contribuiria financeiramente, com materiais e serviços. A seu ver, a separação entre as atividades de prevenção e assistência acarretavam uma duplicidade desnecessária de gastos e esforços, sem o equivalente benefício à população, questionamento que será retomado com frequência no âmbito das discussões organizacionais dos serviços de saúde no país, e com importantes implicações futuras. Além de apontar a má distribuição dos Centros de Saúde, Pessoa também reclamava da falta de recursos financeiros, técnicos e de pessoal qualificado nas unidades, além da interferência política, que, a seu ver, privilegiava a alocação de pessoal e unidades de acordo com interesses alheios à boa administração.

A questão sobre a inclusão ou não da assistência curativa nas atividades dos Centros de Saúde foi motivo de polêmica entre os próprios sanitaristas que, em sua maioria, defendiam a visão “dualista”, ou seja, de separação dessas atividades, em contraposição à visão “unicista”, de

¹⁷ Samuel Barnsley Pessoa (São Paulo, 1898 - 1976), formado pela Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo em 1922, foi um destacado parasitologista e sanitarista brasileiro. No início de sua carreira, trabalhou como pesquisador junto à Fundação Rockefeller no Brasil, estudando temas ligados à higiene rural e foi um dos pioneiros em pesquisas sobre parasitologia médica no continente sul-americano. Assumiu a cadeira de Parasitologia da Faculdade de Medicina de São Paulo em 1931, notabilizando-se como o mais jovem catedrático daquela instituição. Destacou-se por aliar o dever médico à preocupação social, tendo militado, com sua esposa, em favor do Partido Comunista Brasileiro, pelo qual chegou inclusive a lançar-se candidato a deputado. Foi diretor geral do Departamento de Saúde do Estado de São Paulo de dezembro de 1942 a fevereiro de 1944. Por sua militância, foi perseguido e tornou-se alvo de inquérito policial instalado na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o que resultou no seu completo desligamento da instituição, com a qual ainda manteve vínculos, mesmo após sua aposentadoria, em 1956 (PAIVA, 2006; HOCHMAN, 2014).

¹⁸ Pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

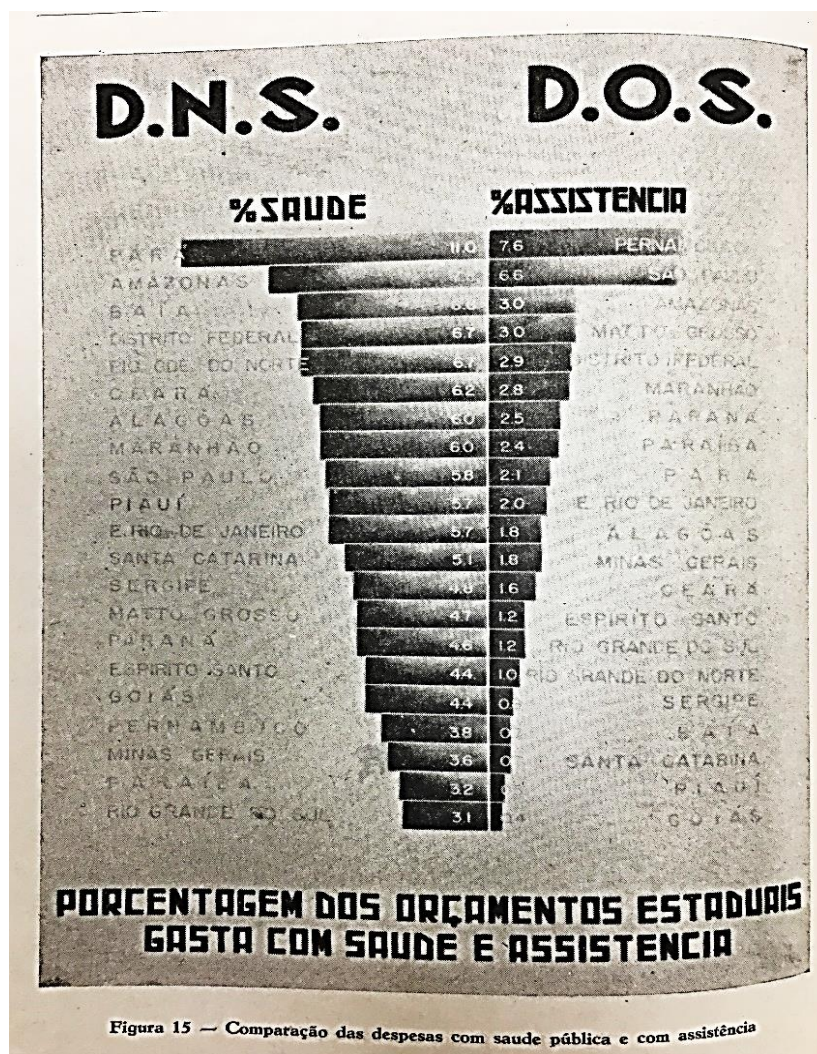
coexistência e realização de ambas pela mesma equipe, nos Centros de Saúde (MELLO, 2010). Nesse aspecto, João de Barros Barreto e Samuel Pessoa assinalavam a dificuldade de colocar em prática uma unidade de saúde que contasse somente com atividades de prevenção, frente às necessidades imediatas de assistência curativa da população, incapaz de compreender o benefício das ações preventivas frente ao seu sofrimento por variadas enfermidades.

Para as unidades assistenciais, a Divisão de Organização Hospitalar previa o mesmo princípio da divisão distrital, contando com uma rede de hospitais regionais e ambulatórios com leitos em anexo: os pequenos ambulatórios, isolados e para socorro de urgência. Entretanto, nesse período, a assistência hospitalar ainda era realizada predominantemente pelas Santas Casas, instituições de caridade não gerenciadas pelo Estado e de escassa presença no interior do país. Sobre esta questão, e apoiado pelos dados constantes da Figura 3, João de Barros Barreto fez as seguintes considerações (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE, 1942, p. 212):

Neste particular, o nosso atraso parece mais manifesto que no caso dos serviços de saúde pública. No Brasil, gastam oficialmente os Estados, menos com assistência; excetuam-se Pernambuco e São Paulo.

Tenho a convicção que chegamos a um ponto, em que é preciso cuidar de maneira regrada, desse problema de assistência médica, mesmo para desviar das unidades sanitárias essa outra tarefa, que não lhes toca (...)

Figura 3: Comparativo entre a porcentagem dos orçamentos estaduais gasta com saúde e assistência



Fonte: (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE, 1942, p. 214)

Na perspectiva de Barreto, havia uma preocupação em ampliar a capacidade assistencial e organizar a saúde pública, com as unidades de saúde focadas principalmente nas atividades preventivas e as unidades hospitalares nas atividades curativas, o que demandava maior investimento estatal.

Entretanto, não seria suficiente ampliar e organizar a assistência para garantir eficácia e eficiência às ações em saúde, era preciso também haver integração entre os serviços de saúde. Conforme aponta Pessoa (1949, p. 554), justamente faltava integração e coordenação entre as esferas assistenciais da Divisão de Organização Sanitária e da Divisão de Organização Hospitalar:

Em nosso estado, entretanto, divorciaram-se completamente as atividades hospitalares das de saúde pública. É raro, entre os municípios, contando com suposta assistência médica hospitalar, existir algum que não possua completamente divorciado do Centro de Saúde, ou do Posto de Assistência Médica Sanitária, o hospital geral ou a Santa Casa, dotado de precário laboratório, isolado arremedo do serviço de puericultura, sem nenhum laço de afinidade, nem mesmo oficialmente, com os serviços de higiene locais. (...).

Não é possível, na atualidade, manter separados esses dois organismos – assistência hospitalar e saúde pública – criados para a mesma finalidade, o bem-estar da população, e mantidos com verbas da mesma proveniência.

Assim, segundo aponta Pessoa, apesar de os Centros de Saúde representarem um modelo sem afinidade com o padrão verticalizador, não exerciam sua função horizontal adequadamente, por conta da baixa integração entre os serviços e as atividades.

Outro importante sanitarista da época, Francisco Borges Vieira¹⁹, em seu trabalho “Questões de saúde e assistência na cidade e no campo” (1945), no tópico sobre “Organizações ou sistemas aplicáveis ao nosso meio. Papel do Centro de Saúde”, mencionava o termo “sistema” (VIEIRA, 1945, p. 15), que previa a organização dos serviços de saúde para todos, de abrangência nacional (“É fato pacífico hoje que todo indivíduo deve receber a assistência de que necessita e, contribuindo ou não com suas posses, não lhe pode o Estado recusar a organização de serviços que viriam ao encontro daquele fim...” - 1945, p. 16), referia os Centros de Saúde como eixo da organização (hierarquização) e propunha a integração entre os serviços preventivos e curativos. Neste trabalho, ele também teceu críticas à má distribuição e insuficiência dos serviços assistenciais no país: “É necessário que organismos locais de saúde e assistência sejam criados, com a penetração necessária nas zonas rurais, onde vive o cerne da nacionalidade” (VIEIRA, 1945, p. 13), e se

¹⁹ Francisco Borges Vieira (1893-1959) graduou-se em medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1917. Vindo para São Paulo, recebeu o convite do professor Geraldo Horácio de Paula Souza, que acabava de ser nomeado professor substituto de higiene, para ser preparador da cadeira. Dedicou sua vida ao ensino e pesquisa em Saúde Pública, tendo sido sócio e membro de várias entidades científicas nacionais e estrangeiras (ACADEMIA DE MEDICINA DE SÃO PAULO, [s.d.]).

colocou a favor da descentralização das funções administrativas: “A tarefa tem que ser descentralizada, exigindo-se porém, uma coordenação dos esforços regionais, para, respeitadas as condições locais, haver maior sucesso nas campanhas” (VIEIRA, 1945, p. 13), da participação popular nas questões de saúde: “Conselhos de saúde, integrados por membros da profissão médica e elementos representativos da população e cuja direção caberá obrigatoriamente ao Diretor do Centro de Saúde local, deverão ser instalados em cada município” (VIEIRA, 1945, p. 35), e de um maior entrelaçamento das questões de saúde e assistência:

A organização moderna de Saúde Pública por Centros de Saúde, para a qual entramos desde cerca de 1924, com a instalação dos primeiros Centros de Saúde em São Paulo, em que serviços de assistência médica de finalidade sanitária são instalados, vem perfeitamente ao encontro das novas tendências, de conjugar nas pequenas cidades tanto a assistência curativa como a preventiva. Nas grandes cidades, onde existem hospitais e ambulatórios para assistência preventiva e médica, os Centros de Saúde também não devem descurar a parte assistencial médica, relegada mais logicamente aos tratamentos em que exista finalidade sanitária e se entrosando com os Hospitais para encaminhamento aos seus serviços de ambulatório ou para as internações (VIEIRA, 1945, p. 16).

Assim como Pessoa, Vieira também defendia o cooperativismo na saúde, nas áreas rurais:

Efetivamente, nem tudo se deve esperar do Estado. (...).

Com o fito de aproveitar o movimento cooperativista em marcha entre nós especialmente no terreno agrícola e baseado em exemplos de vários países, já em 1937 publicávamos um trabalho sobre a "Assistência sanitária rural e o cooperativismo"²⁰, onde advogávamos a extensão do serviço cooperativo às questões de assistência médica e sanitária nas zonas rurais (VIEIRA, 1945, p. 20).

²⁰ Vieira, F. Borges, "Assistência Sanitária Rural e o Cooperativismo", An. Paul. de Med. e Cir. 34 (6): 3-11 (dez.), 1937.

Sobre o financiamento do “sistema”, parece propor uma composição entre o custeio público e o modelo de seguro social, visando a universalidade da cobertura dos serviços de saúde:

É fato admitido que tais serviços deverão ser custeados pela renda de impostos em geral, ou por estes acrescidos de rendimentos de seguros. O financiamento exclusivo pelo seguro resultaria na exclusão de certos grupos que, dadas suas condições econômicas ou profissionais, poderiam não participar dos benefícios (VIEIRA, 1945, p. 18).

Não pode o Estado discernir entre os que podem contribuir e os que não podem. Deve prover toda a população com os recursos necessários para sua proteção médica ou sanitária (VIEIRA, 1945, p. 26).

Pode-se verificar então, que desde os anos 40 já se discutiam no campo da saúde pública os conceitos de descentralização administrativa, unificação das atividades preventivas e curativas, expansão da cobertura rumo à universalização da assistência, organização e integração dos serviços de saúde (já aparecendo inclusive o termo “sistema”), participação da comunidade e, inclusive, as formas de financiamento, com um aparente consenso técnico a respeito das quatro primeiras. Cabe lembrar que as ideias têm um lugar importante à luz da análise neoinstitucionalista histórica, pois podem servir como fonte de mudanças, serem adaptadas e até bloqueadas, na dependência do sistema de filtros do arcabouço institucional e do poder de barganha dos atores e grupo de interesses presentes. Nesse período da saúde pública brasileira, os sanitaristas desempenhavam importante papel na condução das políticas setoriais, o que, entretanto, sofrerá uma inflexão a seguir, com a criação do Ministério da Saúde, em 1953, melhor descrito adiante.

Uma ação que merece destaque no campo da saúde pública, por ter materializado boa parte dos conceitos mencionados acima, foi a criação, em 1942, durante o período varguista, do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)²¹. A partir dessa iniciativa, investiu-se na construção e administração

²¹ O SESP foi criado por meio de um acordo assinado entre Brasil e Estados Unidos (Decreto Lei nº 4.275, de 17 de abril de 1942), em parceria com o Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA), como parte de um processo de aproximação entre os dois países no contexto da Segunda Guerra Mundial. Ele era financiado por recursos internacionais e nacionais, possuindo

de escolas de enfermagem, hospitais e centros de saúde, estabelecendo uma importante rede de unidades sanitárias, tendo proporcionado certa racionalidade na oferta de assistência e organização da saúde pública nesses locais. Adicionalmente, foram direcionados esforços para a formação e aperfeiçoamento de médicos, enfermeiras e engenheiros sanitaristas, na educação sanitária, tendo colaborado também com o Serviço Nacional de Lepre e na criação de sistemas de águas e esgoto.

Com o fim da Segunda Guerra, o SESP permaneceu no Brasil e a partir de 1954 ampliou muito suas funções e área de atuação no território nacional, dividindo responsabilidades pelas atividades de saúde e saneamento com os governos estaduais por meio dos Serviços Cooperativos de Saúde. Desta forma, o SESP, embora originalmente centrado no saneamento ambiental e controle da malária em áreas produtoras de matérias-primas estratégicas para os Estados Unidos, se reestruturou e redefiniu suas atividades rumo a um novo objetivo de construção de uma administração sanitária integrada, composta de quatro pilares principais: capacitação de pessoal de saúde, educação sanitária, estabelecimento de uma rede horizontal integrada de unidades de saúde e expansão desta rede pelos departamentos estaduais de saúde (CAMPOS, 2006).

O SESP foi alvo de críticas no que tange os seus custos operacionais, sua eficácia e pela adoção de um modelo de saúde considerado exógeno à cultura do Brasil. Sobre este último aspecto, Campos (2006, p. 222) advoga que "a diversidade cultural e política local, além da tradição sanitária brasileira, determinou uma transação de mão dupla", conforme também afirma Henrique Maia Penido, então Superintendente do SESP, em palestra proferida na

completa autonomia jurídica, administrativa e financeira, embora diretamente ligado ao Ministério da Educação e Saúde. Seu objetivo inicial consistia em criar condições sanitárias adequadas nos vales do Amazonas e do Rio Doce, notadamente no que diz respeito ao controle da malária e outras endemias, de modo a garantir o provimento de matérias-primas fundamentais (borracha e minérios) aos esforços militares dos Estados Unidos na Segunda Guerra Mundial (LIMA, 2002). Segundo Mello (2010) a criação do SESP rivalizou com o MESP em importância política no projeto de *state and nation building*, principalmente em sua interiorização pelos sertões. Barros Barreto, então diretor do DNS, era contrário à criação de um órgão paralelo, diretamente subordinado ao Ministro Capanema e, portanto, fora da alçada do DNS. Para Campos (2006), o SESP integrou-se às diretrizes estratégicas do governo federal na Era Vargas, tendo contribuído, eventualmente, com suas políticas sanitárias para as aspirações de expansão da autoridade pública no país durante esse período.

Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em julho de 1959:

Partindo do conceito da quase exclusividade da medicina preventiva dentro dos moldes clássicos norte-americanos, caminhamos lentamente para o reconhecimento das peculiaridades do nosso meio, aceitando como princípio necessário nas nossas unidades sanitárias a integração das atividades de medicina preventiva e curativa (PENIDO, 1959, p. 22).

Ainda sobre o SESP, enquanto modelo organizacional em saúde, Penido afirma que:

(...) graças à peculiaridade do nosso sistema de trabalho o problema de integração se pôde estender às unidades hospitalares, quer em edifício comum quer em edifícios separados, o que veio dar às nossas atividades maior possibilidade de êxito, pela assistência mais completa à população. Acredito mesmo ser o SESP o único serviço atualmente no Brasil a ter demonstrado na prática a exequibilidade, eficiência e economia da tão falada integração dos serviços assistenciais e preventivos (PENIDO, 1959, p. 23–24).

Pouco antes do término do acordo bilateral que garantia o funcionamento do SESP, o presidente Juscelino Kubitschek sancionou a lei nº 3.750, de 11 de abril de 1960, transformando-o na Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), vinculada ao Ministério da Saúde (MS).

Diante do exposto até aqui, é possível perceber que coexistiram basicamente dois modelos de administração sanitária na Era Vargas: o modelo horizontal, formado por uma rede de unidades de saúde (Centros e Postos de Saúde distritais), cuja expansão o SESP contribuiu significativamente, e o modelo vertical, a partir de campanhas elaboradas no nível central, contra enfermidades específicas. Os anos 1950 testemunharam importantes mudanças na forma de pensar saúde pública, coincidindo com a nova estratégia de inclusão da medicina preventiva na educação médica, conforme descrito no tópico anterior. Na visão de Mello (2010), havia naquele período, ainda que com divergências ideológicas e de prioridades, um coletivo em torno da ideia geral de organização dos serviços, fracionado em pelo menos quatro grupos: num primeiro, sanitaristas com envolvimento direto nas políticas de saúde, mas

principalmente voltados para os princípios técnicos da organização dos serviços de saúde em torno dos Centros de Saúde distritais; em outro grupo, sanitaristas com experiências no combate seletivo de doenças endêmico-epidêmicas, o modelo vertical; num terceiro, os “sespianos”, partidários de um modelo médico-sanitário horizontal; e por último, sanitaristas influentes que criticavam o modelo de saúde desalinhado do desenvolvimento econômico, sobre os quais seria estruturada a visão do “sanitarismo desenvolvimentista”²². Entretanto, sobre este último grupo, o mesmo autor ressalva que o sanitarismo desenvolvimentista não propunha um modelo de administração sanitária e seus intelectuais não se dedicaram exatamente à proposição de formas de organização de serviços.

De acordo com Campos (2006) e Reis (2015), durante toda a década de 1950, houve duas concepções distintas de administração e organização sanitária no Brasil: a que defendia a necessária melhoria das condições sanitárias para o progresso da saúde e da economia, a partir de um modelo de saúde caracterizado por intervenções centralizadas, verticais e definidas em função do combate a certas doenças específicas, o “sanitarismo campanhista”, formulado durante o movimento sanitário dos anos de 1920, consolidado no primeiro governo Vargas e mantido no período democrático (1945 a 1964); e a que defendia o desenvolvimento econômico para a melhoria das condições sanitárias do país, o “sanitarismo desenvolvimentista”, o qual, a partir de meados da década de 1950, passou a ocupar lugar de destaque, exercendo influência nos governos posteriores e que cuja a estratégia consistia da implantação de políticas de saúde horizontais e permanentes, voltadas principalmente para a prevenção, descentralizadas (municipalizadas) e integradas em sua execução. Interessante lembrar, conforme descrito no início deste capítulo, que essas concepções eram também debatidas no cenário internacional, nesse mesmo período. Adicionalmente, já era motivo de

²² Essa teoria alcançou seu auge na 3ª Conferência Nacional de Saúde e teve como principais representantes no Brasil Mário Magalhães, Samuel Pessoa, Carlos Gentile de Mello e Josué de Castro (REIS, 2015).

discussão a separação entre ações preventivas e curativas no âmbito da saúde pública, não somente pelos médicos, mas também pela população excluída do sistema previdenciário, que sem recursos e padecendo de diversos males, demandava tratamento para suas enfermidades.

Nesse sentido, merece destaque a atuação de Mário Magalhães da Silveira²³, considerado a principal liderança da corrente do pensamento sanitaria desenvolvimentista no Brasil e responsável pela criação da disciplina Fundamentos Econômicos-Sociais no Curso Básico de Saúde Pública para Médicos da ENSP, em 1959 (onde também ministrou aulas entre 1960 e 1961), instaurando um novo marco conceitual segundo o qual deviam ser analisados os problemas de saúde. Essa disciplina foi aprofundada posteriormente pelos médicos sanitaristas Carlos Gentile de Mello²⁴ e Carlylle Guerra de Macedo²⁵, para nela introduzir o planejamento em saúde (ESCOREL, 1999, p. 50).

²³ Mário Magalhães da Silveira (1905 - 1986), médico sanitaria, foi o principal mentor da corrente de pensamento conhecida como “sanitarismo desenvolvimentista”, que atinge seu momento de maior influência na 3ª Conferência Nacional de Saúde. Crítico da adoção de modelos norte-americanos da organização sanitária do Brasil, do centralismo e do verticalismo das campanhas sanitárias e da interferência dos organismos internacionais, defendia que por ser a saúde um problema de superestrutura, dependia do desenvolvimento econômico industrial, além da necessidade imperiosa de municipalizar a saúde pública para atender as reais necessidades da população brasileira. Pioneiro do cruzamento de variáveis econômicas e demográficas, é também considerado o precursor da economia da saúde (ESCOREL, 2015, p. 2453).

²⁴ Carlos Gentile de Mello iniciou estudos sobre os serviços e a gestão de saúde pública em 1958 e dedicou-se à carreira de sanitaria, que exerceu também mediante intensa atuação tanto na mídia em geral como na especializada, tendo colaborado em diários de circulação nacional. Através de seus escritos, publicados principalmente na *Folha de São Paulo*, divulgava informações sobre as questões de política de saúde no país, atuando como importante crítico do modelo da assistência médica. Ministrou, ainda, aulas, conferências e palestras em instituições de saúde e ensino superior, publicou livros e diversos artigos científicos. Entre 1967 e 1968 foi assessor na gestão de Leonel Tavares Miranda de Albuquerque, no Ministério da Saúde (FSESP), e posteriormente, do Planejamento (IPEA). Em 1969 ingressou como epidemiologista no Hospital de Ipanema (onde permaneceu até 1978), a convite de Nildo Aguiar, então diretor, e foi responsável pela implantação da auditoria médica e da Comissão de Controle da Infecção Hospitalar. Para mais informações sobre sua carreira, foi publicado um artigo na Revista Radis (MOROSINI, 2013, p. 29–31). Além disso, boa parte de suas publicações está disponível em dossiê específico, no Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz (DAD/COC).

²⁵ Carlylle Guerra de Macedo, médico, foi aluno do primeiro curso de planificação em saúde realizado pelo ILPES. Em 1964, frequentou o Curso de Capacitação em Técnicas de Desenvolvimento Econômico, organizado pela SUDENE e pela CEPAL. Dedicou-se ao magistério, especialmente nas escolas de Saúde Pública da América Latina. Foi consultor e instrutor do ILPES em 1969 e, entre 1970 e 1975, chefiou a Divisão de Adestramento do CPPS,

Em sua publicação: "Viver é influenciar: Mário Magalhães, sanitarismo desenvolvimentista e o campo intelectual da saúde pública (1940-1960)", Reis (2015) identifica e problematiza a plena polarização entre o sanitarismo campanhista e o sanitarismo desenvolvimentista. O autor atribui essa polarização a uma leitura contemporânea, não destituída de um viés político, de autores identificados com o Movimento Sanitário da década de 80. Sendo assim, Reis busca identificar linhas de continuidade, e inclusive de confluência, entre o que ele define como "diferentes momentos de afirmação do pensamento sanitarista" (REIS, 2015, p. 280):

(...) seja observando maior pluralidade e diferença nos referidos modelos (...), seja indicando não só uma razoável circulação entre atores filiados a uma ou outra orientação, como também convivências e admirações decorrentes de inscrições em redes de sociabilidades próprias aos circuitos de amizade e relacionamento no campo da saúde pública. Afinal, muitos dos sanitaristas desenvolvimentistas se formaram profissionalmente nas tradições de trabalho dos serviços nacionais, criados na era Vargas/Barros Barreto, (...) (REIS, 2015, p. 286).

Um exemplo seria o SESP, cujo modelo distrital de administração apresentava pontos em comum, reservadas as diferenças, com a municipalização defendida por Mário Magalhães e seu grupo de sanitaristas desenvolvimentistas. A oposição entre os dois advinha principalmente de que o sanitarismo desenvolvimentista identificava no SESP uma orientação inadequada à realidade brasileira, "importada" dos Estados Unidos, na qual a saúde era tida como uma questão primordialmente técnica, negligenciando-se as questões de ordem econômico-social, além de um questionável custo-benefício de suas ações.

ambos em Santiago, Chile. No Brasil, foi responsável pela organização e chefia da Divisão de Saúde no Departamento de Recursos Humanos, da SUDENE, entre 1962 e 1963. Em 1965, organizou a Secretaria de Saúde do Estado de Piauí, onde implementou o Primeiro Plano Estatal de Saúde. Foi o primeiro brasileiro a ocupar o cargo de diretor da OPAS, em Washington, onde permaneceu por dois mandatos (1983-1995). Neste cargo, priorizou investimentos na área do ensino de Saúde Pública e na organização de sistemas de expansão de cobertura de serviços de saúde, bandeira levantada pela Organização desde a redação dos Planos Decenais de Saúde, a partir dos anos 1960. Atualmente ele é Diretor honorário da Opas (PIRES-ALVES; PAIVA, 2006, p. 179–180).

Os Congressos Brasileiros de Higiene foram um lugar de encontro científico dos sanitaristas e discussão dos temas mais importantes na saúde pública. O X Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em Belo Horizonte, em outubro de 1952 (“Anais do X Congresso Brasileiro de Higiene”, 1952), teve como seu Tema I: “Planejamento, Organização e Administração dos Serviços Médicos-Sanitários e Hospitalares”, e contou com a apresentação de 61 trabalhos de variados autores. Dentre as principais conclusões, apresentadas sob forma de recomendações no Relatório emitido pela Comissão Técnica, merecem destaque: criar o Ministério de Saúde e Assistência Social, órgão eminentemente normativo, assim como o Fundo Nacional de Saúde, para dar suporte financeiro às atividades de saúde pública e assistência social; integrar os hospitais, principalmente os rurais e os de pequenas comunidades, aos programas de saúde pública e coordenar suas atividades, incluindo ações preventivas e curativas, com as Unidades Sanitárias, de modo a garantir a continuidade da assistência; racionalizar a administração e descentralizar a execução em saúde pública para os Distritos Sanitários (sem menção aos municípios); realizar o estudo detalhado das condições de saúde da população, incluindo os aspectos econômico-sociais, geopolíticos, geofísicos e de assistência no planejamento de uma rede de saúde, cuja finalidade não deve se restringir à construção de unidades assistenciais, mas sim à prestação da melhor assistência pelos meios menos dispendiosos.

Neste Congresso, sobre a criação de um Ministério exclusivo para a saúde, houve trabalhos propondo o nome citado acima, “Ministério de Saúde e Assistência Social”, e outros sugerindo “Ministério da Saúde”, cabendo frisar que ambos se referem exclusivamente à separação da pasta da saúde da pasta da educação, mantendo a previdência social com sua autonomia, mas propondo mecanismos de coordenação e colaboração entre as atividades, “com o objetivo de evitar dualidade de ação e de serviços e dispersão de atividades” (“Anais do X Congresso Brasileiro de Higiene”, 1952, p. 39). Sobre a previdência social, houve a recomendação de uma coordenação geral das atividades dos numerosos órgãos, sem perda de autonomia, de modo a cumprir um programa universal de seguro-doença, com a ressalva de não se colocar o médico em uma

situação restritiva quanto aos seus proventos, já sinalizando uma preocupação da classe frente ao progressivo assalariamento de suas atividades.

Ainda em outubro de 1952, Getúlio Vargas decidiu realizar uma reforma do sistema administrativo da União, sob o argumento de fazer frente aos múltiplos e complexos problemas de interesse nacional e conclamou todos os partidos nacionais a participarem da elaboração do projeto de reestruturação da máquina administrativa federal. No que se refere à saúde, o anteprojeto da reforma administrativa previa a criação do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência Social, desdobrados respectivamente do Ministério da Educação e Saúde e do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Satisfazendo os interesses dos sanitaristas do Departamento Nacional de Saúde, em sua maioria também membros da Sociedade Brasileira de Higiene, os projetos elaborados pelo Poder Executivo e pelo Legislativo eram bastante similares e previam, basicamente, a transferência dos órgãos e serviços atinentes à saúde pública do antigo Ministério da Educação e Saúde para formar o novo Ministério da Saúde (HAMILTON; FONSECA, 2003, p. 807–810).

Entretanto, quando o debate se ampliou para envolver os partidos e lideranças políticas no Congresso, as discussões afastaram-se dos interesses institucionais de médicos e sanitaristas e passaram a sofrer influência do jogo de interesses político-partidários. O Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) propunha que o futuro Ministério da Previdência incorporasse as funções de saúde pública, pois era uma importante fonte de mobilização dos votos de operários, de recursos financeiros e de poder para o partido, sendo apoiado pelo Partido Social Trabalhista (PST). Por outro lado, a União Democrática Nacional (UDN), composta por um grupo heterogêneo cuja característica comum residia na oposição a Vargas, continha uma vertente que sugeria a criação do Ministério da Saúde e Assistência, o qual deveria ter um Departamento de Previdência Social, incorporando neste ministério as atividades previdenciárias. O impasse somente foi superado quando foi aprovada, com unanimidade de votos, a proposta de Capanema de criação do Ministério dos Serviços Sociais, reunindo as atribuições e serviços do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência Social, contemplados pelo

anteprojeto do governo federal. No entanto, Vargas, em 1953, contrariando a recomendação da Comissão Interpartidária no sentido de destacar os serviços de saúde pública do antigo Ministério da Educação e Saúde e incorporá-los ao projetado Ministério dos Serviços Sociais, acabou por criar o Ministério da Saúde, conforme previsto no projeto original do governo submetido ao Congresso²⁶ (HAMILTON; FONSECA, 2003).

Embora não sofra significativas alterações em sua estrutura anterior, essa medida demonstrou o destaque fornecido à política de saúde pública nesse período, influenciada principalmente por dois fatores: o primeiro, relacionado aos ideais do sanitarismo desenvolvimentista, quando o tema das endemias rurais assumiu maior visibilidade no cenário político marcado pelos programas para o desenvolvimento econômico do país, pautado pelas argumentações de médicos e sanitaristas de que o subdesenvolvimento e a pobreza poderiam ser superados com a criação de um ministério específico, desvinculado da Educação, e com real autonomia; e o segundo, pelo “otimismo sanitário” em vigor nas duas primeiras décadas após a Segunda Guerra Mundial, decorrente do advento de novos recursos preventivos (vacinas) e terapêuticos (inseticidas, antibióticos, antimaláricos) que substanciavam a crença na possibilidade de erradicação das doenças infecciosas a um custo razoável, a partir da implementação de medidas de grande porte a serem realizadas por uma instituição exclusiva do setor de saúde. Nesse sentido, cabe lembrar, conforme descrito no tópico anterior, a importância das agências internacionais: a Oficina Sanitária Pan-americana (denominada Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, a partir de 1958) e a Organização Mundial da Saúde, na intensificação do discurso de erradicação, exemplificada pelos programas de erradicação da malária, em 1955, e da varíola, em 1962 (CUETO, 2007, 2008). Por outro lado, na perspectiva de Fonseca e Hamilton (2003), a criação do Ministério da Saúde

²⁶ O projeto de criação de um ministério específico para a saúde foi tema de debates, na arena política, ao longo de toda a década de 1940, como por exemplo, em 1941, durante a 1ª Conferência Nacional de Saúde, no Rio de Janeiro. A partir de 1945, com o fim do Estado Novo Vargasista e a redemocratização, houve uma intensificação dos debates em torno da criação dessa agência estatal. Para mais detalhes sobre esse tema, consultar: “Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953” (HAMILTON; FONSECA, 2003).

teria sido responsável pelo deslocamento da instância de decisão em saúde pública dos sanitaristas para a esfera política.

Note-se ainda que nem a proposta de criação de um Ministério da Previdência Social e tampouco do Ministério de Serviços Sociais tiveram o mesmo sucesso, sendo suas ideias bloqueadas no filtro institucional do período, o que mudará 21 anos depois, em 1974, no governo Geisel, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, após um progressivo fortalecimento político e financeiro da Previdência Social, conforme será analisado no decorrer deste trabalho.

Em 1956, com a eleição do presidente Juscelino Kubitschek, médico, e cuja campanha eleitoral anunciava o combate às endemias rurais e a erradicação da malária, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu)²⁷, vinculado ao Ministério da Saúde, sinalizando um direcionamento para as intervenções especializadas e de massa. Segundo Braga (1986), o DENERu tinha como objetivo a recuperação das condições sanitárias de áreas estratégicas para o desenvolvimento nacional, principalmente as vias e estradas rurais próximas às áreas férteis e dotadas de potencialidade econômica. Desta vez, o pêndulo se deslocou para uma visão preferencialmente campanhista, conforme é possível compreender a partir da primeira mensagem de Juscelino Kubitschek, como presidente, ao Congresso Nacional (OLIVEIRA, 1956, p. 187–188):

A nosso favor está a coincidência de que, exatamente para muitas destas enfermidades que mais afligem as populações dos países subdesenvolvidos, novas descobertas da terapêutica e da profilaxia têm tornado o seu combate, e conseqüentemente, sua grande redução, ou mesmo eliminação, independente dos problemas de desenvolvimento econômico e de aparelhamento médico-sanitário de custo elevado. (...)

Manterá o Governo todas as medidas que vêm sendo tomadas e prosseguirá na campanha de completa

²⁷ A Lei nº 2.743, de 6 de março de 1956 criou o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu), que incorporou os programas existentes, sob a responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (febre amarela, malária e peste) e da Divisão de Organização Sanitária (bouba, esquistossomose e tracoma), órgãos do novo Ministério da Saúde.

erradicação que, de acordo com as novas técnicas, já se tornou possível.

Entretanto, além de oneroso, o modelo campanhista se baseava em programas que dependiam economicamente da capacidade de coordenação e articulação do nível central. A percepção da falência desse modelo, que aumentava a distância entre as ações consideradas coletivas e individuais, foi responsável por intensas discussões sobre a eficácia das ações empreendidas até então, e colocavam em evidência a necessidade de integração dos serviços de saúde e da descentralização das atividades para a responsabilidade dos municípios. Adicionalmente, o Ministério da Saúde experimentava redução orçamentária, notadamente a partir de 1959, demandando maior racionalidade no emprego dos recursos (BRAGA; PAULA, 1986).

Um importante personagem a discutir essas questões foi Rodolfo Mascarenhas, médico que iniciou precocemente sua trajetória política ao assumir a prefeitura de São José dos Campos – São Paulo, no ano seguinte à sua formatura (1932), descobrindo sua vocação para a saúde pública, a qual seguiu até o final de sua carreira, tendo ocupado diversos cargos nos serviços de saúde de São Paulo. Mascarenhas se dedicou a pensar a racionalidade técnica e administrativa na organização dos serviços de saúde, principalmente no que tange à coordenação e integração (TEIXEIRA, 2006; MELLO, 2010), fundamentando seus argumentos em termos de viabilidade econômica, conforme exemplificado em sua tese de livre-docência: “Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo” (MASCARENHAS, 1949).

Em seu trabalho, a principal crítica quanto à organização sanitária diz respeito às reformas que geraram duplicidade de serviços e estruturas pouco articuladas, que impactavam negativamente na eficiência dos serviços, questões que permanecerão e servirão como principais justificativas para a criação do Sistema Nacional de Saúde quase três décadas depois, em 1975, independentemente de resolvê-las. Foi defensor da abordagem familiar nas questões de saúde e da participação da comunidade na estruturação das propostas e serviços, apontava a desigualdade social como obstáculo aos

avanços da saúde pública assim como a necessidade de melhoria das condições sanitárias, foi a favor do ensino da medicina preventiva na graduação médica, da estruturação da carreira de médico sanitário e, no que tange a organização e coordenação dos serviços de saúde, Mascarenhas elegia os Centros de Saúde como cerne da questão, por serem polivalentes, dinâmicos, de fácil acesso e baixo custo. Recomendava ainda a reorganização dos serviços estaduais de Saúde Pública, com descentralização técnico-administrativa, inserção do planejamento e criação de um sistema de prioridades (ideias também afinadas com a metodologia CENDES-OPAS, como será descrito no capítulo 3). Embora conceitualmente a favor da municipalização da gestão dos serviços locais, debate que toma corpo na 3ª Conferência Nacional de Saúde, descrita a seguir, Mascarenhas afirmava que os municípios não tinham capacidade técnica, financeira e tampouco política de assumir esse papel (MASCARENHAS, 1963), contrariamente ao que será defendido nesta mesma Conferência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1963, p. 7–9).

No início dos anos de 1960, tendo João Goulart na presidência do país e como Ministro da Saúde Wilson Fadul, ambos empenhados em realizar reformas estruturais no país e na saúde, as teses desenvolvimentistas voltaram a ter destaque, assim como ganhou vulto a questão da problemática organizacional da saúde pública, discutida na 3ª Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1963), em 1963, quando foram propostas mudanças importantes na estruturação dos serviços de saúde. 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. No discurso proferido por João Goulart, durante a abertura da 3ª CNS (PRATO, 2014: 94), é possível observar a preocupação, ainda que na chave desenvolvimentista, com a implantação e organização de uma rede de serviços preventivos e assistenciais de saúde, de forma a abranger toda a população:

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 [...].

Entretanto, justamente quando parecia ter início uma retomada de fôlego na discussão de organizacional da saúde, veio o golpe civil militar de 1964 e houve um retrocesso desse debate, prevalecendo a centralização das atividades, com intensificação das campanhas de combate às endemias rurais. Ainda assim, algumas propostas inovadoras discutidas anteriormente tentaram avançar, como a incorporação da assistência médica da Previdência Social ao Ministério da Saúde, defendida por Raymundo de Britto, o primeiro Ministro desta pasta no novo regime (TOMACHESKI, 2007, p. 85). Entretanto, sem sucesso nesse momento, essa questão só seria retomada de forma mais pragmática 10 anos depois, pelo Ministro da Saúde Mário Machado de Lemos, ainda no contexto militar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1973), como será melhor descrito no capítulo 5.

Em conclusão ao exposto neste tópico, é possível verificar que, no campo da saúde pública brasileira, entre os anos 40 e 60, já havia um intenso debate organizacional em saúde, com variados atores e propostas, algumas das quais lograram ser gradualmente implantadas. Em um cenário de valorização das questões de saúde pública, foi ainda criada a mais importante instituição no setor: o Ministério da Saúde, trazendo para a arena política as decisões setoriais. Arrefecidas pelo regime militar, implantando em 1964, muitas dessas discussões serão retomadas ainda nesse período e estarão inseridas no contexto de formulação do primeiro sistema de saúde de âmbito nacional do país, em 1975.

2.3.2 O surgimento da medicina previdenciária

Também no âmbito da medicina previdenciária, ligada ao MTIC, aumentava a intervenção estatal, com a progressiva centralização da assistência, culminando na criação da Previdência Social, na década de 40, órgão que terá importante papel na materialização das propostas de extensão

de cobertura e na criação de políticas de saúde que servirão de arcabouço para o novo modelo organizacional de saúde a ser formalizado em 1975: o Sistema Nacional de Saúde. Como afirma Donnangelo: “O estudo das relações entre Estado e assistência médica no Brasil pode se processar, em um primeiro momento, através do estudo do significado histórico da previdência social (DONNANGELO, 1975: 7)”.

São variadas as funções que o Estado capitalista precisa desempenhar de modo a balancear os diferentes interesses políticos e econômicos em cada momento, frequentemente a favor do grupo dominante, embora também buscando mecanismos de necessário consenso entre as demais classes não dominantes. Desvendar essa trama articuladora implica em, como num emaranhado de nós, puxar a partir de cada fio até desvelar os atores e interesses sociais que dão vida a esta análise, durante as mudanças vividas por este importante setor da política social do Estado brasileiro: a Previdência Social.

A história da estruturação do sistema previdenciário brasileiro já possui literatura consolidada que a descreva²⁸, sendo assim, será realizado a seguir um breve percurso por alguns pontos de sua trajetória, com o objetivo de examinar aspectos do processo histórico de constituição do modelo de assistência à saúde no Brasil, enquanto um componente específico das políticas de saúde e, portanto, compreender como se formou esse aparato institucional, quais os grupos de interesse presentes, suas tradições e a sequência de decisões que serviram de base estruturante para o cenário no qual ocorreu uma nova configuração da saúde pública brasileira, consolidada na lei 6.229, que criou o SNS. Segundo a abordagem neoinstitucionalista histórica: “o contexto histórico de uma instituição ou uma política condiciona a definição dos interesses dos atores e a construção de suas relações de poder” (PEREIRA, 2014, p. 158–159).

Ao percorrer a história da Previdência Social, de forma sucinta, é possível perceber fases distintas de acordo com as ocorrências políticas da

²⁸ Entre eles os trabalhos de Braga e Paula (1986); Cordeiro (1984); Donnangelo (1975) e Oliveira e Teixeira (1985).

sociedade como um todo. Alguns autores (BRAGA; PAULA, 1986; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985) atribuem diferentes justificativas para a política de saúde adotada pelo governo nesses períodos, seja por necessidade de manutenção da força de trabalho de modo a produzir bens e serviços, seja pelos interesses da indústria farmacêutica e de equipamentos, subordinando a organização da prática médica ao modo operacional capitalista, ou finalmente por decorrência da própria política do período, que apontava para a necessidade de priorização de programas de proteção e recuperação da saúde que tivessem maior impacto social. Possivelmente todas essas possibilidades tiveram peso maior ou menor de acordo com as diferentes conjunturas que se foram tecendo ao longo de sua trajetória.

Consideradas o marco inicial da política previdenciária estatal para os trabalhadores do setor privado (já existiam diversas iniciativas voltadas para funcionários públicos), as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) (Lei Eloy Chaves: decreto n 4.682, de 24 de janeiro de 1923) foram instituições de natureza civil e privada, criadas para atender os empregados segundo o modelo de Seguro Social, cabendo ao Estado o papel externo de regulador. Sendo assim, tratava-se de um sistema excludente, visto que atendia somente a uma pequena parcela de trabalhadores formais, fornecendo-lhes serviços assistenciais (com algumas exceções) e benefícios pecuniários. Data desse período a discussão sobre o papel e abrangência da previdência, que para muitos deveria se restringir à concessão de benefícios pecuniários, e não de serviços médicos, polêmica que, conforme veremos, estará presente também pela ocasião da criação do Sistema Nacional de Saúde, ao institucionalizar a atenção médica individual no âmbito da Previdência Social. Adicionalmente, para a análise que interessa a este trabalho, é importante destacar que a assistência médica inicialmente prestada aos segurados era realizada principalmente por terceiros, geralmente através do arrendamento de períodos de trabalho dos médicos privados em seus consultórios, dando início a uma política, ainda que embrionária, de priorização de contratação de serviços e assalariamento do setor médico (BRAGA; PAULA, 1986).

A seguir, no período de 1930-45, a Era Vargas, ocorrem mudanças nesse cenário, com um maior controle e restrição das despesas e diminuição dos gastos por segurado. A título de necessidade administrativa, técnica e racionalizadora, o recém-criado Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (26 de novembro de 1930) incorporou as CAPs e as unificou em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), por categoria profissional e âmbito nacional, o que, para alguns autores (BRAGA; PAULA, 1986; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985), foram medidas que resultaram principalmente de uma orientação política contencionista. Para a grande massa dos novos segurados que não estavam incluídos no restrito sistema das CAPs, os IAPs representavam uma importante conquista dos trabalhadores e benefício social do governo, por outro lado, esse modelo acaba por institucionalizar a diferenciação da assistência por categoria de trabalhadores, reproduzindo na saúde as assimetrias observadas nas características gerais de cada Instituto e dificultando o surgimento de uma consciência coletiva em prol de melhorias na assistência.

Segundo Braga e Paula (1986), desse processo de centralização por parte do Estado emerge uma incipiente política nacional de saúde e tem início, de fato, a medicina previdenciária nos moldes que seguiriam nos próximos 30 anos, de expansão da cobertura rumo à universalização da assistência, mediante a compra de serviços ao setor privado. Tem-se aqui um momento crítico no cenário nacional e que revela um ponto importante para o objeto de análise deste trabalho: o surgimento de uma dependência de trajetória. Convém lembrar que políticas públicas constituem importantes regras do jogo, visto que definem a alocação de recursos econômicos e políticos, legitimam determinados atores setoriais e definem os arranjos institucionais, modificando os custos e benefícios associados a estratégias políticas alternativas e limitando outras possibilidades, o que tende a perpetuar, ou pouco alterar, o *status* adquirido (MENICUCCI, 2007). Sendo assim, a intervenção estatal na previdência social e o modelo escolhido para a ampliação da oferta de serviços configuraram passos rumo a uma trajetória de difícil retorno, uma vez que vão estruturar e fortalecer um determinado cenário, cujos atores buscarão ampliar, ou minimamente garantir, seus interesses, criando obstáculos a mudanças.

O Estado agora também começa a contribuir financeiramente para a Previdência, de forma paritária, numa inspiração aparentemente igualitária e de forte apelo ideológico, mas que na prática era frequentemente descumprida, o que, com o passar dos anos, contribuiu para a vultosa dívida da União com a Previdência Social. Importante destacar que o Estado passa a recolher as contribuições em um único fundo gerido por ele próprio (via MTIC), vindo a acumular grandes recursos financeiros, os quais foram utilizados para fins diversos:

Dessa maneira, além de continuar sendo algo “sem ônus aos cofres do país”, como “exigia” a crise econômica, a Previdência tornava-se, agora, um instrumento de acumulação em mãos do Estado, gerando recursos que teriam, em grande parte, outras destinações... (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985: 140)

Nesse período, é criado o programa habitacional e de empréstimos da Previdência Social, com forte cunho social, mas orientado para a lógica de capitalização e investimento das reservas financeiras acumuladas.

No que se refere à organização da assistência médica (clínica, cirúrgica e hospitalar), com a incorporação das CAPs em IAPs, aumentou a viabilidade da estruturação e oferta de serviços médicos, pelo maior aporte de recursos. Alguns institutos se empenharam na construção e operação de ambulatórios e hospitais próprios, outros optaram pelo credenciamento de especialistas, pequenas clínicas e hospitais particulares de cada cidade, e houve, ainda, situações mistas, com serviços próprios e contratados (BASTOS, 1979). De um modo geral, quando disponibilizada²⁹, a assistência médica era predominantemente terceirizada, sendo as pequenas instituições de serviços médicos privados as principais fornecedoras desses serviços as quais, pelo seu pequeno porte e incipiente organização política, se subordinavam às regras determinadas pela previdência, o principal tomador e pagador dos serviços

²⁹ Entre os IAPs, o IAPI (Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários) era o que manifestava maior resistência em incluir a assistência médica entre os seus benefícios e quando de sua realização, a ênfase se dava na aquisição de serviços privados. Segundo a literatura (AGUIAR, 2004a; BASTOS, 1979; BRAGA; PAULA, 1986), o IAPI foi o maior defensor da privatização da assistência médica no INPS (Instituto Nacional da Previdência Social, criado em 1966), exercendo pressões a partir da ocupação de cargos por antigos integrantes daquele instituto, que ficaram conhecidos como “os cardeais do IAPI”.

naquele período. Gradualmente, esse cenário irá mudar, pois essas instituições irão se capitalizar e crescer, não somente em número e tamanho, mas em poder político, buscando influenciar as decisões setoriais a seu favor. Cada instituto estruturava a sua rede assistencial de forma autônoma, com regras e benefícios próprios, não havendo integração e coordenação entre eles, o que gerava muitas críticas dos trabalhadores dos institutos onde havia menor oferta e qualidade dos serviços. A discussão entre dispor de serviços médicos próprios ou serviços médicos contratados, assim como a maior ou menor ênfase atribuída a um ou outro, variou com as condições gerais de cada período enfrentado pela Previdência Social, resultante do jogo de forças e pressões sociais do momento (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

Em janeiro de 1946, inicia-se o governo do general Eurico Gaspar Dutra, primeiro presidente eleito pelo voto direto após o Estado Novo, sucedido pelos governos de Vargas (1951-1954), Café Filho (1954-1955) e Juscelino Kubitschek (1956-1961). Nesse período, em um cenário político externo que lidava com o pós-guerra, impactado pelos movimentos sociais e pelo Relatório Beveridge³⁰, vários países passaram a rever o papel do Estado na área de política social, dentro do novo contexto de “Estado de bem-estar social”, no qual o conceito de Seguro Social perde espaço para o de Seguridade Social (ESPING-ANDERSEN, 1995). Finalmente, com a nova Constituição Federal de setembro de 1946, em seu artigo 157, encerra-se o debate sobre a responsabilidade pela prestação de assistência médica pela previdência:

A legislação do trabalho e a da previdência social obedecerão aos seguintes preceitos, além de outros que visem à melhoria da condição dos trabalhadores: (...) XIV – assistência sanitária, inclusive hospitalar e médica

³⁰ O economista e reformista social britânico William Henry Beveridge (1879-1963) elaborou em 1942 o *Report on Social Insurance and Allied Services*, também conhecido como Plano Beveridge, visando libertar o homem da necessidade. Propôs, assim, que todas as pessoas em idade de trabalhar deveriam pagar uma contribuição semanal ao Estado. Esse dinheiro seria posteriormente usado como subsídio para doentes, desempregados, reformados e viúvas. Os subsídios deveriam então tornar-se um direito dos cidadãos, em troca de contribuições, em vez de pensões dadas pelo Estado (modelo de seguro social). Segundo Beveridge, este sistema permitiria um nível de vida mínimo, abaixo do qual ninguém deveria viver. Instituiu assim, um modelo de segurança no rendimento, contra todo o risco que ameaça o rendimento regular dos indivíduos (BEVERIDGE, 1943).

preventiva, ao trabalhador e à gestante (BRASIL, 1946, p. 29).

A formalização da inclusão da assistência no âmbito das atribuições da Previdência Social foi um marco importante, uma vez que esta instituição ganhará progressivamente maior prestígio político e financeiro na área da saúde, como será descrito em momento oportuno, exercendo grande influência na formulação de políticas setoriais. Conforme afirma Menicucci (2007, p. 67): “Essa característica de nascer imbricada à previdência como um benefício secundário em relação às prestações previdenciárias vai ser outra das marcas da assistência à saúde ao longo de sua trajetória”, sendo essa relação inclusive usada como justificativa para a configuração institucional a ser assumida pelo SNS, em 1975.

A seguir, inicia-se um período de redemocratização durante o qual transcorre uma gradual e progressiva desmontagem das medidas de cunho contencionista impostas à Previdência Social no período anterior, fator que somado ao maior número de beneficiários, resultaram no esgotamento das reservas e déficits orçamentários. De acordo com a lei 3.782 de 22 de julho de 1960, o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio passa a se denominar Ministério do Trabalho e Previdência Social, a partir de 1 de fevereiro de 1961. Em 26 de agosto de 1960 é promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) (BRASIL, 1960), que previa a uniformização das atribuições dos diferentes IAPs no melhor padrão dentre estes. Entretanto, na prática, a Lei nunca foi regulamentada, mantendo-se a diferenciação interna entre os Institutos no que diz respeito aos benefícios. O próprio movimento sindical não via com bons olhos a unificação dos institutos, pois isto poderia nivelar por baixo a qualidade dos serviços, conforme afirma Bastos (1979, p. 100):

Em 1960 já era significativo o impacto da previdência social no mercado de serviços médicos das grandes cidades, onde foi particularmente benéfica para os jovens médicos e os hospitais particulares. Os trabalhadores, ciosos das conquistas sociais conseguidas com o apoio daquele que consideravam seu patrono, o Presidente Getúlio Vargas, na assistência médica, só admitiam como alternativa para os serviços de seu Instituto os da medicina liberal e privada. Em nenhuma hipótese aceitavam os serviços de santas casas, de hospitais públicos ou dos de ensino. Estes eram

considerados serviços para indigentes, e a desumanização da assistência médica sua indesejável característica.

Com a LOPS ocorre um aumento da contribuição dos segurados e empregadores (ambas sobem para 8%), porém é removida a obrigatoriedade de contribuição da União, que se encarregaria, a partir de então, de custear somente a estrutura administrativa (alínea IV do artigo 69 da LOPS), resultando em um duro golpe na arrecadação. Adicionalmente, ocorre uma mudança na lógica de capitalização do período anterior, que visava aplicar as reservas da Previdência de modo a obter lucratividade, e passa a assumir um caráter subsidiário social (com juros abaixo da inflação), notoriamente nas concessões de empréstimos e no programa habitacional, conforme comenta Murilo Villela Bastos:

Aumentou a parcela de contribuição direta de empregados e empregadores. Mas o governo deixou de contribuir para Previdência, e mais, passou a usar dinheiro da Previdência para projetos do próprio governo. Então, aquilo que estava na lei, o que o governo fez com relação à Previdência foi apropriação indébita, porque aquilo que se chamou cota de Previdência, ou seja, o que a lei estabeleceu, veja bem, a lei estabelece que a Previdência Social será custeada por contribuição de empregados e empregadores, e o governo apenas manterá a máquina que opera esse sistema, e eventualmente, quer dizer, e cobrirá os eventuais déficits de caixa, ou seja, se houver um problema de descompasso a União é responsável por cobrir esse débito de caixa. Ela nunca fez isso! Ela sempre se apropriou da contribuição estabelecida por lei para a Previdência Social, e usou para outros fins (BASTOS, 2004a, p. 11).

Na questão da assistência médica, ao contrário do período anterior, ocorre uma priorização na aquisição de serviços próprios pelos IAPs, com intensa construção de hospitais, policlínicas e compra de equipamentos médicos, ocasionando uma grande expansão do setor. Sendo assim, além de não se sanarem os problemas da arrecadação com os atrasos e a crescente dívida da União e dos empregadores para com a Previdência, ainda ocorre o aumento das despesas decorrentes da diminuição do controle restritivo, o que tende a aprofundar a crise financeira da Previdência Social e torna urgente a adoção de medidas racionalizadoras, das quais o SNS será, em parte, expressão, uma vez que terá como uma de suas principais premissas eliminar a duplicidade de esforços e custos entre as ações de saúde da Previdência Social e do

Ministério da Saúde. Surgiram nessa época também os primeiros serviços médicos particulares contratados pelas empresas insatisfeitas com o atendimento do IAPs, de onde se originariam os convênios das empresas com grupos médicos conhecidos como “medicina de grupo”, que iriam caracterizar a previdência social posteriormente, com marcada presença política.

Nesse mesmo período, as questões de cunho social recebem um outro olhar, segundo o qual só podem ser realmente resolvidas com o desenvolvimento econômico do país. O foco então é investir no “futuro” do país, que está atrasado em relação aos demais países ditos “desenvolvidos”, seguindo uma política econômica baseada na meta de crescimento da produção industrial e da infraestrutura, com participação ativa do estado, e que resulta em um novo período restritivo e acumulativo (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

No início da década de 60, o modelo populista já não encontra mais sustentação na relação entre Estado e trabalhadores, tendo início um grande movimento social, liderado e conduzido pelas elites progressistas que reivindicavam reformas de base imediatas, entre elas na saúde, elevando as tensões até o seu ápice, quando então a reação política das forças sociais conservadoras levou ao golpe militar de 1964, e com ele uma desmobilização das forças políticas e rearticulação das classes no poder, garantidas por um regime fortemente autoritário e, supostamente, técnico e racional. O discurso da racionalidade em busca da eficácia e saneamento financeiro alcança a Previdência Social, embora não tenha sido abandonado o assistencialismo como forma de equilíbrio das tensões sociais e busca de legitimação do regime instaurado. Permanece a política de acumulação, com arrocho salarial, entre outras medidas, em paralelo a um privilegiamento do setor privado, defendido como melhor caminho para reduzir custos (MOURA; GARCIA, 1994).

2.4 Considerações finais

Este capítulo teve como objetivo descrever o contexto setorial da saúde no período de 1940-60, nos cenários internacional e nacional, buscando identificar as principais ideias e atores no que tange a modelos de atenção em saúde e organização da assistência. Nesse período, principalmente no pós-

guerra, as questões sociais, e nelas, a saúde, se tornaram alvo de intensas discussões. A medicina, por sua vez, experimentou uma verdadeira revolução tecnológica, que implicou em profundas alterações na própria prática médica, assim como nas relações entre o médico, os assistidos e o Estado, demandando novas soluções.

Sendo assim, as propostas estadunidenses da medicina preventiva, medicina integral e medicina comunitária encontraram receptividade em solo brasileiro, configurando-se em alternativas interessantes para conciliar a necessidade de melhoria das condições de saúde da população, principalmente aquela com dificuldades ou impossibilidade de acesso a uma medicina que se tornava progressivamente mais cara e complexa, à demanda por maior ação estatal no campo da saúde, sem prejuízo da lógica liberal do setor privado da saúde e dos próprios médicos. A partir da instituição dos Departamentos de Medicina Preventiva nas faculdades de medicina, surgiram espaços de discussão e de propostas que passaram, inclusive, a questionar o alcance desta prática na garantia de um melhor acesso e qualidade das ações em saúde.

No cenário mundial, foram criadas instituições de grande impacto na área da saúde, como a OMS, a OPAS e a UNICEF, que tiveram importante papel na elaboração e circulação de ideias, assim como no apoio técnico e financeiro para a implantação de políticas públicas setoriais nos países subdesenvolvidos. As discussões em torno da questão organizacional dos serviços médicos em saúde pública ganharam força, surgindo iniciativas concretas na forma dos primeiros Sistemas Nacionais de Saúde, no Reino Unido, em 1948, e no Chile, em 1952.

No Brasil, a saúde pública se institucionaliza em dois órgãos principais: o Ministério da Educação e Saúde (MES) e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), apontado por alguns autores (FONSECA, 2007; MELLO, 2010) como um momento crítico, visto que deu início à duradoura dicotomia na assistência, entre as medidas de alcance coletivo e individual, questão que alcançou também o processo de formulação do SNS brasileiro.

O MES passa por mudanças estruturais que pouco alteram sua forma de atuação, dirigida principalmente ao combate de doenças específicas, até sua separação da pasta da educação, em 1953, quando se torna o Ministério da Saúde, evento que mostra a importância da saúde pública nesse período, mas também resulta no deslocamento das decisões em saúde dos sanitaristas para a esfera política estatal. Nesta década, duas concepções distintas de administração sanitária ganhavam ou perdiam força, de acordo com a conjuntura política setorial internacional e nacional: o sanitarismo campanhista e o sanitarismo desenvolvimentista. Também no que tange às propostas de organização dos serviços, havia dois pólos principais: sanitaristas com foco no combate seletivo de doenças endêmico-epidêmicas, o chamado modelo vertical, e os sanitaristas partidários de um modelo médico-sanitário integrado e horizontal, que foi ganhando força em meados da década de 50, junto com o sanitarismo desenvolvimentista.

A medicina previdenciária também sofre uma série de transformações, partindo de um incipiente e fragmentado mecanismo de seguro social, de natureza civil e privada, as CAPs, para a centralização normativa, administrativa e financeira pelo Estado, embora ainda na lógica do vínculo contributivo, os IAPs, dando origem à Previdência Social, instituição que por seu crescente poder político e financeiro, desempenhará importante papel na elaboração de políticas de saúde e organização da assistência. Em consonância com as propostas veiculadas por organismos internacionais, a Previdência Social inicia um processo de expansão da cobertura dos serviços em saúde, ainda vinculada ao contrato de trabalho e segmentada por categorias de trabalhadores, privilegiando a compra desses serviços ao setor privado, modelo que também se mostrará duradouro e que dará início a uma trajetória de difícil retorno, uma vez que será responsável por constituir novos atores e grupos de interesses em torno do binômio financiamento público - mercado privado setorial.

Como afirmam Hochman e Fonseca (1999), o desenvolvimento das políticas de saúde pública e de previdência se deu de forma paralela, sem pontos de contato, tendo como um dos resultados de longo prazo, um grande

desenvolvimento da assistência médica previdenciária e o enfraquecimento político e institucional da saúde pública. Por um lado, discutia-se a universalidade de acesso e a organização dos serviços públicos de saúde de forma integrada e descentralizada em sua administração, por outro lado, na previdência, segmentava-se a assistência por categorias trabalhistas, aumentava-se a centralização administrativa e se ofertava um sistema de saúde desintegrado e excludente em seu acesso, cujos serviços assistenciais eram predominantemente terceirizados, resultando em grandes investimentos financeiros no setor privado da saúde, que foi se fortalecendo e organizando.

Sendo assim, permanecia no cenário uma “dualidade institucional de um bem público” (FONSECA, 2007), entendendo-se como bem público a saúde pública, herdada das opções políticas e institucionais realizadas no setor de saúde na década de 30, em paralelo ao desenvolvimento e fortalecimento do setor privado. A definição dos arranjos institucionais como tal, com o surgimento e legitimação de determinados atores e seus interesses nas arenas setoriais, configura um momento crítico para a discussão organizacional da saúde, uma vez que limita o jogo político e as possibilidades de inovação, tendendo a perpetuar, ou pouco alterar, o modelo de atenção à saúde constituído, apontando para uma dependência de trajetória.

CAPÍTULO 3 – A era do planejamento (1960-1970)

3.1 Considerações iniciais

Fazer planos é uma atividade conhecida do homem desde que ele se descobriu com capacidade de pensar antes de agir, estando relacionado a todo processo de trabalho que tem como objetivo alcançar um fim determinado previamente, articulando um conjunto diversificado de ações e recursos à luz da racionalidade (RIVERA; ARTMANN, 2012). Para organizar, é preciso planejar!

Neste capítulo busca-se compreender o contexto de surgimento das ideias sobre planejamento, racionalização e organização de serviços de saúde, e de que modo influenciaram a agenda setorial brasileira. Na sequência, será examinado o primeiro ano do governo Geisel, marcante no que se refere à quantidade e relevância das iniciativas realizadas em prol de melhorias na área da saúde, e período no qual também se insere a elaboração do II Plano Nacional de Desenvolvimento, um importante marco deste governo no que tange ao planejamento em saúde, em interface com os setores econômico e político, descrito por Vater (1996, p. 9) como parte de “um projeto racionalizador de organização do setor de saúde”.

Conforme descrito no capítulo anterior, a partir da década de 50, o desenvolvimento se tornou parte das estratégias que, originadas nos EUA como centro do sistema internacional, se destinavam à contenção geopolítica de um temido avanço do comunismo. A partir de auxílios técnicos e financeiros, buscava-se um equilíbrio na distribuição da riqueza entre as nações de modo a prover melhoria nas condições de vida das populações até então vitimadas pelo atraso. Sendo assim, o ideário do desenvolvimento prescrevia intervenções modernizadoras, ubíquas, sistemáticas, integradas e necessariamente portadoras de racionalidade econômica, onde o planejamento entraria como ferramenta fundamental (PIRES-ALVES; MAIO, 2015).

No Brasil, as concepções sobre planejamento que circulavam no cenário internacional encontraram ressonância com o contexto nacional, de

instituição de um regime militar que se caracterizava pela tecnocracia. Os primeiros esforços no sentido de se institucionalizar essa prática ocorreram na máquina administrativa geral, alcançando a saúde a seguir, onde se previa que tornaria viável o projeto de expansão da assistência diante da racionalização dos custos (MENDES, 1988).

3.2 As origens e o papel do planejamento na organização da saúde no Brasil

No período do pós-guerra, em um contexto político de prioridade para o desenvolvimento econômico e social e, na saúde, de necessidade de aumento de cobertura assistencial, mas de escassez recursos financeiros, humanos e de fragmentação dos serviços, o planejamento surge como perspectiva racionalizadora que viabilizará a construção de um novo cenário (BRAGA, 1977; GIOVANELLA, 1991; PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Neste tópico, busca-se descrever e compreender a origem e evolução desses elementos, avaliando inicialmente como essas ideias se deram em âmbito internacional, para em seguida analisar como penetraram e dialogaram com a conjuntura nacional, e quais foram os desdobramentos e interfaces com a formulação do SNS.

Após o processo de industrialização que se disseminou pelo mundo, ocorreu a complexificação e segmentação do trabalho. Neste momento, o planejamento surge como necessidade da previsibilidade integrante da racionalidade instaurada com a sociedade capitalista moderna. Métodos e técnicas são desenvolvidos, inicialmente no ambiente empresarial e com objetivos econômicos. Diante da grande crise econômica mundial que ocorreu após 1929, John M. Keynes³¹, economista inglês, desafiando conceitos tradicionais da economia clássica do *laissez-faire* de Adam Smith (autorregulação do mercado), defendeu uma política econômica de estado

³¹ John Maynard Keynes (1883-1946), foi um economista britânico cujas ideias mudaram fundamentalmente a teoria e prática da macroeconomia, bem como as políticas econômicas instituídas pelos governos. Keynes era cético em relação à lógica do processo de ajustamento automático do balanço de pagamentos e no que diz respeito à sistemática operacional do capitalismo liberal como solução para os problemas econômicos, o que demandava que medidas ativas fossem realizadas pelo Estado. Seu trabalho se tornou a base para a escola de pensamento conhecida como keynesianismo, bem como suas diversas ramificações. (FERRARI FILHO, 2009).

intervencionista, através da qual os governos usariam medidas fiscais e monetárias para mitigar os efeitos adversos dos ciclos econômicos, ou seja, Keynes propõe intervenção estatal (FONSECA, 2010). Suas formulações são assumidas pelas grandes potências da Europa Ocidental, principalmente após o final da Segunda Guerra Mundial, e os primeiros planos são feitos em 1948 pelas nações europeias participantes do Programa de Recuperação Europeia (Plano Marshall) (GIOVANELLA, 1991, p. 28).

Segundo Rivera e Artmann (2012), nas décadas de 50-60, postulava-se que a industrialização era o principal caminho para a superação do subdesenvolvimento dos países da América Latina. Nesse período surgiram algumas teorias que se propunham a analisar o quadro da economia local e as relações da região com o resto do mundo. Uma delas foi a “Teoria Desenvolvimentista”³² (PERISSINOTTO, 2014), que tinha como principal objetivo a identificação dos obstáculos que se impunham à plena implantação da modernidade. É dentro da perspectiva dessa teoria que surge, em 1948, a Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL), criada pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, e que tinha como propósito fundar uma base institucional que criasse condições de desenvolvimento para os países da região, a partir da montagem de um aparato industrial orientado pela ação do Estado.

Na América Latina, a CEPAL foi a responsável pela introdução do planejamento, sob influência da ONU, com objetivo de diminuir as diferenças econômicas com os países capitalistas centrais e como instrumento para o desenvolvimento, sob uma ótica predominantemente econômica: industrialização, modernização e crescimento do produto nacional. Há que se considerar também o receio existente naqueles países (centrais) de que, a exemplo de Cuba, a desigualdade econômica e social suscitasse movimentos socializantes nos demais países vizinhos, embora também houvesse certo

³² Dá-se o nome de desenvolvimentismo a qualquer tipo de política econômica baseada na meta de crescimento da produção industrial e da infraestrutura, com participação ativa do Estado como base da economia e o conseqüente aumento do consumo (NIEDERLE; RADOMSKY, 2016).

entendimento de que o planejamento se alinhasse à prática comunista e que os planejadores fossem subversivos (GIOVANELLA, 1991; MENDES; BARRANCOS, 1992).

Com a incapacidade do capitalismo de reproduzir nos países ditos periféricos experiências bem-sucedidas de desenvolvimento, tem início a crise naquela teoria e surge, a partir dos anos 1960, a então denominada “Teoria da Dependência” (SANTOS, 2000). Esse novo arcabouço teórico tentava entender a reprodução do sistema capitalista de produção na periferia, enquanto um sistema que criava e ampliava diferenciações em termos políticos, econômicos e sociais entre países e regiões, e condicionava a economia de alguns países ao desenvolvimento e expansão de outras, o que levava a um aprofundamento cada vez maior das relações de dependência (DUARTE; GRACIOLLI, 2007; COELHO, 2011). Por outro lado, sendo um modelo circular, acreditava-se que qualquer melhoria nas condições de saúde seria também instrumento de rompimento com a pobreza e a estagnação econômica, ou seja, haveria a possibilidade de transformar a sociedade a partir de qualquer um desses setores, o que, no campo da saúde, veio a ser cunhado de “sanitarismo desenvolvimentista”, já mencionado anteriormente:

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; PAULA, 1986: 1).

Desta forma, a saúde ganha destaque enquanto parte da ideologia desenvolvimentista. Entretanto, uma vez que os recursos são limitados, não é possível resolver todos os problemas de saúde com o mesmo grau de prioridade, sendo a melhor opção aplicar os conhecimentos disponíveis de maneira racional. Seria nesse aspecto, segundo concepção de defendida no período, a principal falha dos serviços de saúde nos países periféricos: falta de racionalidade e administração precária, barreiras técnicas que impediriam às populações receberem um mínimo de atendimento integrado de saúde. O

argumento de que os países menos desenvolvidos são pobres demais para fazê-lo se confrontava com a experiência internacional que vinha demonstrando ser possível implantar serviços nacionais de saúde de custo econômico, capazes de proporcionar um tipo de atendimento técnico e socialmente aceitável, com um máximo de cobertura. Para este fim, tais serviços necessitariam de uma estrutura com integração entre os níveis administrativos central, regional e local e das diversas forças que, direta ou indiretamente, atuam na área da saúde, o que requer planejamento (BRAGA, 1977).

A partir de meados de 1960, as propostas de planejamento na América Latina foram progressivamente ampliando o campo de atuação com a inclusão dos setores sociais e da saúde, uma vez que é justamente onde mais claramente se percebem as injúrias causadas pelo sistema econômico. O planejamento em saúde, segundo seus proponentes, visa racionalizar e compatibilizar as diferentes necessidades dos indivíduos com a complexidade da tecnologia científica disponível, mediante uma abordagem logística de prestação de serviços de saúde. A ideia é que cada nação deve desenvolver o seu modelo, com base em suas tradições histórico-culturais, em suas características socioeconômicas e em sua capacidade, buscando soluções apropriadas e que possam ser realizadas eficazmente. Entretanto, segundo perspectiva de Braga (1977), a aplicação dos princípios do planejamento em saúde costumava se defrontar com obstáculos decorrentes, principalmente, de estruturas políticas ou legais. No caso dos países periféricos, ou em desenvolvimento, a escassez de recursos humanos e financeiros geralmente conduz a que, no plano local, se aplique, sem muita discussão, o que for decidido no nível central. Nessa linha de raciocínio, muito disseminada pelos autores do campo, apesar de os problemas prioritários de saúde serem relativamente fáceis de definir, geralmente está presente um acentuado desequilíbrio entre as áreas urbanas e rurais, assim como uma frágil legislação social, estando essas questões inseridas, muitas vezes, em um cenário de disputas de poder entre atores presentes e que variam conforme o país (IMMERGUT, 1992).

Embora haja evidências anteriores a esta data (MENDES; BARRANCOS, 1992), postula-se que os primeiros programas no campo de

planejamento da saúde pública tenham surgido a partir da Carta de Punta del Este³³ (BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, 1961), como resultado da reunião realizada pelo Conselho Econômico e Social da Organização dos Estados Americanos, que ocorreu no Uruguai, em agosto de 1961. Nela participaram os Ministros do Interior dos países das Américas e foi lançado o "Programa Aliança para o Progresso", cujo objetivo seria o financiamento de projetos sociais. Para tal fim, metas sociais foram acordadas entre os países participantes e o Banco Interamericano de Desenvolvimento e o Banco Mundial, sob a égide do FMI, sendo estes os encarregados de financiar os projetos para o alcance das metas. A OPAS ficaria encarregada de avaliar os projetos elaborados e ser a fiadora destes frente às agências financiadoras (GIOVANELLA, 1991).

No terreno da saúde, em âmbito internacional, o principal fruto do Programa³⁴ foi o Plano Decenal de Saúde Pública (OEA, ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1961), no qual se definiram medidas de longo prazo, curto prazo e imediatas. No primeiro caso, recomendava-se a implementação de planos nacionais de saúde para o próximo decênio, cuja elaboração deveria apoiar-se na criação, em cada ministério, de órgãos especializados nas tarefas de planejamento e acompanhamento, com a devida representação perante os órgãos nacionais de planejamento geral do desenvolvimento econômico e social, para a correspondente coordenação (como veremos no próximo tópico, a criação do Conselho Desenvolvimento Social, no Governo Geisel, aparentemente se alinhou à esta orientação). Para atender o planejamento, foi indicada a melhoria da coleta e análise de dados estatísticos em saúde. Foi orientada, ainda, dedicar especial atenção à formação

³³ Assinada por 20 países: Venezuela, Guatemala, Bolívia, México, República Dominicana, Colômbia, Argentina, Peru, Equador, Paraguai, Honduras, Panamá, Haiti, Costa Rica, Estados Unidos da América, Uruguai, El Salvador, Chile, Nicarágua e Brasil. No documento, Cuba tem lugar para a assinatura, mas o espaço está vazio.

³⁴ No Brasil, com o objetivo de atender os compromissos assumidos na Carta de Punta del Este, foi criada a Comissão de Coordenação da Aliança para o Progresso (COCAP), pelo Decreto nº 1.040, de 23 de maio de 1962. Diretamente subordinada à Presidência do Conselho de Ministros, era composta de cinco membros nomeados pelo Presidente da República, por indicação do Presidente do Conselho de Ministros e do Secretário-Geral da Comissão Nacional de Planejamento – COPLAN (RIBEIRO, 2006, p. 284).

e capacitação de recursos humanos, tanto para as ações preventivas quanto curativas; o aperfeiçoamento da organização e administração dos serviços nacionais e locais de saúde, também integrando as ações preventivas e curativas, assim como a melhor utilização possível dos conhecimentos científicos disponíveis para o enfrentamento dos problemas de saúde. Finalmente, recomendava aos governos que utilizassem a assessoria técnica da OPAS na elaboração e implementação desses planos, sendo que ela ainda se encarregaria de realizar projetos para estabelecer sistemas de planejamento de saúde nos países da América Latina.

O trabalho da OPAS se apoiou em duas estratégias principais: a pesquisa sistemática sobre os problemas conceituais e metodológicos do planejamento e as técnicas e instrumentos de análise e programação aplicáveis às necessidades e potencialidades dos países, de acordo com as peculiaridades dos diferentes processos, e na formação de funcionários dos diversos países nestas matérias (OPAS, 1974). Com esta finalidade, o então diretor da OPAS, Abraham Horwitz, propôs uma parceria com Jorge Ahumada, economista, professor de planejamento econômico e diretor do Centro de Estudos do Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela (CENDES-UCV), para elaborar uma metodologia de planejamento específica para a saúde na América Latina (GIOVANELLA, 1991; MENDES, 1988). Nas palavras de Horwitz (1965):

Há uma sólida experiência nas Américas para formular programas relacionados ao controle ou erradicação de certas enfermidades. (...). Ela não existe, entretanto, para a formulação de planos nacionais de saúde que sirvam de base para a apresentação sistemática de problemas e recursos, humanos e materiais, o que equivale a um sistema de prioridades e investimentos, com o objetivo de atender o que é mais frequente e beneficia o maior número de seres humanos.

E esta necessidade tornou-se mais urgente na América Latina, cujos países resolveram acelerar o desenvolvimento, promovendo simultaneamente o crescimento da economia e uma distribuição mais equitativa dos rendimentos, a fim de melhorar o bem-estar social, e escolheram o planejamento global do desenvolvimento como sistema e cada um dos seus componentes (HORWITZ, 1959, p. ii, tradução livre).

Tomando como base o trabalho de mestrado em planejamento econômico do médico argentino Mario Testa, realizado no próprio CENDES, foi então elaborado o método de planejamento em saúde que ficou conhecido como "método CENDES/OPAS", editado pela OPAS em 1965, na sua Publicação Científica número 111, sob o título: Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud (OPS; OMS, 1965). Baseada em um enfoque sistêmico de programação de recursos de saúde e como resultado de uma ideologia onde imperava um forte otimismo social e de um evolucionismo determinista, essa metodologia tomou como base que o caminho correto era a racionalização dos processos sociais através da normatividade e dos modelos de pensamento da economia. Nela se considerava que apenas um ator planejava e que este atuava com pleno poder, supondo sempre o consenso ou o quase-consenso. Conforme descrevem Giovanella (1991) e Mendes; Barrancos (1992), foi realizada uma transposição rígida do planejamento econômico normativo, de linha cepalina, para a saúde, que resultou em um método de planejamento de saúde também normativo do “deve ser”, onde a realidade deveria funcionar segundo a norma e o objetivo buscava otimizar os ganhos econômicos obtidos com saúde e/ou diminuir os custos da atenção, sendo a escolha de prioridades feita a partir da relação custo/benefício. A base teórica era economicista e administrativa, mais voltada para o crescimento do que para a equidade.

Resumidamente, a formulação do plano era iniciada com a realização de um diagnóstico dos danos e de seus condicionantes, dos recursos, sua forma de organização e rendimento correspondente, e da alocação dos recursos aos danos. A partir desse diagnóstico, era feita uma seleção de prioridades e proposta uma nova organização de recursos. Uma vez que o objetivo consistia em melhor empregar os recursos (eficiência), considerando que são geralmente escassos, era preciso conhecer os distintos danos de forma mais eficiente, e, para isso, o procedimento mais importante era a determinação de quanto se gasta, no total, no ataque a cada um dos danos e qual o custo por morte evitada e por caso reparado. Na sequência, era feita a eleição de prioridades pela ordenação dos danos, analisados segundo os custos, de forma crescente, sendo

considerado prioritário o dano cujo custo para evitar uma morte era o menor. Alocavam-se então os recursos ao dano prioritário, até alcançar-se a taxa de mortalidade que permitisse ser essa técnica a mais eficiente, passando-se em seguida para os danos de menor prioridade e assim sucessivamente.

Sendo assim, verifica-se que o objetivo sanitário básico dessa metodologia era o aumento da capacidade potencial produtiva, priorizando os agravos que poderiam melhor responder à intervenção. Interessante destacar também que os grupos humanos eram recortados por idade, e não pela condição social. Embora previsse uma valorização do planejamento ascendente, privilegiando a programação local (as programações regional e nacional seriam a soma das programações locais), a metodologia não incluía a população local em sua elaboração. Como afirmará o próprio Testa posteriormente, o social tinha, nessa metodologia, uma conotação funcional, como um “lugar” onde as coisas acontecem (MENDES; BARRANCOS, 1992; RIVERA; ARTMANN, 2012). Não há orientações ou propostas sobre a estruturação administrativa para realização do planejamento (aparentemente, entende-se que esta estrutura já existiria) e tampouco sobre a organização dos serviços de saúde, somente a recomendação de que:

A adoção de uma técnica programática no campo da saúde também exige mudanças na organização administrativa. As linhas de responsabilidade têm de ser alteradas, os sistemas contábilísticos devem ser reajustados, o sistema orçamental precisa ser modificado e deve ser alcançada uma coordenação interdepartamental e interministerial muito maior. (...) É preciso, portanto, se desenhar uma estratégia para a adoção do método programático (OPS; OMS, 1965, p. “v”, tradução livre).

Mendes (1988) postula que a estratégia de divulgação ideológica e operacional do método avançou em duas frentes: treinamento intensivo com ênfase na metodologia e a criação de unidades centrais de planejamento nos Ministérios da Saúde dos países. Ainda antes de sua publicação, a OPAS promoveu, em conjunto com o Instituto Latino Americano de Planificação Econômica e Social (ILPES), a capacitação de funcionários de órgãos de saúde na utilização do novo método, através da realização de cursos em vários países como Venezuela, Chile, Colômbia e Argentina. Em 1968 foi criado o Centro

Pan-Americano de Planificação de Saúde (CPPS), que passou a funcionar junto ao ILPES, em Santiago, e que se transformou na “capital” latino-americana de planejamento em saúde. Esse centro, que funcionou até 1975, intensificou a capacitação de "funcionários de alto nível" e divulgou amplamente o método³⁵.

Segundo Rivera (2012) e Mendes (1988), os organismos internacionais direcionados à saúde, como a OPAS, recomendavam o estabelecimento, em cada ministério da saúde do continente, de unidades especializadas nas metodologias de planejamento e avaliação de programas, na reunião sistemática de informações vitais, sanitárias e hospitalares, assim como a formação e o treinamento de pessoal para essas atividades específicas. Muitos países passaram então a fazer planos de saúde utilizando, em sua estrutura básica, o método CENDES/OPAS e adaptando as peculiaridades locais aos seus sistemas de planejamento e na aplicação do método.

Diante do exposto até aqui, é possível conjecturar que o desenvolvimento da metodologia CENDES/OPAS, a formação de especialistas e a difusão que ocorreu para diversos países seriam reveladores da gradual construção de um campo de conhecimento que alimentou e se inseriu no debate organizacional da saúde. Embora o método tenha sido reconhecido por vários méritos, como a priorização à prevenção de danos, a proposta de uma atuação integrada e sistêmica e o estímulo à formação de custos (RIVERA; ARTMANN, 2012), já ao final dos 60, o mesmo foi alvo de críticas, inclusive do próprio CPPS, evidenciando um crescente descontentamento dos planejadores com o método, devido às dificuldades para a sua aplicação.

Como seria possível antever, políticos e administradores não necessariamente seguiam os planos elaborados e a metodologia não levou em conta a possibilidade de conflitos e a pluralidade de interesses, pressupondo que a realidade se transformaria segundo a racionalidade intrínseca e a justiça distributiva do plano. Além disso, ela considerava que o único recurso escasso

³⁵ Entre eles, o médico sanitário brasileiro Carlyle Guerra Machado, aluno do primeiro curso de planificação em saúde realizado pelo Instituto Latino Americano de Planificação Econômica e Social (ILPES).

era o econômico, o qual precisaria ser otimizado, quando na verdade podiam ser escassos também os recursos de poder e capacidade organizativa:

Há um desenvolvimento totalmente mecanicista do planejamento. Acreditam que os problemas metodológicos são superados, tornando-os mais complicados com operações matemáticas, nem mesmo matemáticas, aritméticas. Também se promove uma política de divórcio entre os políticos e os administradores contra os planejadores. Há mesmo um divórcio com o político: o que sai do plano é bom em si mesmo, e os políticos têm de aceitá-lo (MENDES; BARRANCOS, 1992, p. 44, tradução livre).

O método normativo cai, então, em descrédito e, em 1973, a própria OPAS assume o fracasso do método em sua Publicação Científica nº 272 (OPS, 1973). Em seu lugar, se desenvolverá o planejamento estratégico (MATUS, 1978; GIOVANELLA, 1989, 1991; MENDES; BARRANCOS, 1992).

Cabe ressaltar que o descrédito do método CENDES/OPAS não ocorreu apenas por problemas inerentes à metodologia, mas também, conforme já mencionado, pelo ambiente externo no qual estavam em discussão as próprias teorias desenvolvimentistas orientadoras das propostas de planejamento como instrumento para a superação do subdesenvolvimento. Questionava-se se necessariamente um maior ritmo de desenvolvimento de um país o tornaria menos dependente e se resolveria questões fundamentais, como a concentração de renda e o desemprego. O novo patamar de discussão entendia que o político precisava ser incorporado ao planejamento não mais como um fator, mas sim como objeto do planejamento, quando iniciaram as formulações do planejamento estratégico.

Em 1968, Carlos Matus, então diretor do Serviço de Assessoria do ILPES escreveu *Estrategia y Plan* (MATUS, 1978), texto que só foi publicado em 1972 e no qual ele postulava a necessidade da mudança de estruturas e de formulação de estratégias de desenvolvimento para que apresentassem a coerência necessária entre eficácia econômica e eficácia política. Segundo Matus, a norma, fundamento do procedimento normativo, era uma categoria do necessário e a estratégia era uma categoria do possível em função do necessário e propôs a construção de um modelo que funcionasse como a realidade e que

pudesse permitir a dedução de uma política viável, capaz de aproximar-se dos objetivos perseguidos, onde se estabelecessem relações dialéticas entre o “deve ser” e o “pode ser”, o econômico e o político.

Em 1975 foi publicado pelo CPPS o documento “Formulación de Políticas de Salud” (CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACIÓN DE LA SALUD, 1975). Nesse documento³⁶ se propunha que o sistema político de saúde funcionava como um subsistema do sistema político global, superando o modelo normativo, e se elegia a análise sistêmica como forma de abordagem da política de saúde, a qual prescindiria de uma organização do setor saúde em torno de uma única instituição, tal como seria proposto também na formulação do SNS, no mesmo ano, e que será melhor descrito adiante, em tópico sobre o mesmo. Entretanto, o documento teve sua distribuição restringida pela OPAS, possivelmente em virtude de seu discurso político. Cabe lembrar que, nesta época, vários países da América Latina estavam sendo tomados por golpes militares com a imposição de ditaduras (com o apoio do governo norte-americano), diante do avanço significativo do movimento popular. Neste cenário, muitos dos profissionais e teóricos do planejamento foram afastados dos níveis de intervenção e buscaram reinserir-se em outros países, geralmente em instâncias acadêmicas (GIOVANELLA, 1991; RIVERA; ARTMANN, 2012). Sendo assim, a evolução da micro à macroplanificação experimentava momentos de defasagem com as conjunturas político-institucionais dos países latino americanos, tal como descrevem Mendes & Barrancos, na passagem a seguir:

Toda crise é uma crise de estado. As expressões, em um terreno ou em outro, dependerão de circunstâncias conjunturais: em um caso afetará mais a economia, em outro mais a política, em outro caso afetará mais os mecanismos

³⁶ Ademais, são abordadas as relações entre as forças sociais, os conflitos e a viabilidade do planejado sendo que, para a análise desta, são estudadas quais oposições surgirão ao plano, as formas de reagir frente a estas e quais acordos serão necessários para alcançar a execução do plano. Ele parte da proposta que o conflito advém da posse desigual de bens pelos diferentes grupos sociais, mas sem discutir as suas determinações e tampouco as contradições e interesses antagônicos fundadores da sociedade de classes que é o capitalismo (CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACIÓN DE LA SALUD, 1975).

tais como o planejamento. E tudo não se explica pela questão internacional, mas por uma articulação diferente das classes, é claro que isso tem a ver com a nova inserção nos mercados internacionais. O problema é a redefinição de quem são os atores do estado. Portanto, as manifestações do planejamento normativo ou estratégico, do planejamento participativo, em suma, são tentativas de rearticulação com os aparelhos do estado, na medida em que este reconhece os atores, e há hoje uma mudança de atores por outros (MENDES; BARRANCOS, 1992, p. 58, tradução livre).

Um marco importante da evolução do planejamento em saúde após a metodologia CENDES/OPAS foi a III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas, realizada no Chile, em 1972, quando aprovou-se o II Plano Decenal de Saúde para as Américas (OPS/OMS, 1972). Seu eixo fundamental se constituía pela afirmação da saúde como um direito fundamental do indivíduo e das populações, a responsabilidade dos Estados em assegurar esse direito a todos e a estratégia de expansão da cobertura com serviços de saúde visando à sua universalidade. Na área do planejamento, a recomendação era (OPS/OMS, 1972, p. 73–74, tradução livre):

Começar a instalar o maquinário durante a década para viabilizar a cobertura total da população pelos sistemas de serviços de saúde em todos os países da região. (...)

Incorporar o planejamento e suas técnicas metodológicas na administração do sistema de serviços de saúde em todos os seus níveis, complementando os programas de serviço final com programas complementares, os de serviços administrativos de apoio, e os de investimento em seu sentido mais amplo, naqueles países que possam não ter conseguido fazê-lo.

A OPAS e a OMS tiveram papel importante na elaboração e difusão dos conceitos de extensão de cobertura e participação comunitária, que agradavam os governos latino-americanos por serem soluções econômicas para uma demanda crescente de atenção à saúde (ESCOREL, 1999). Sendo assim, diante da escassez de recursos financeiros presente na maioria dos países subdesenvolvidos, o planejamento surge como importante fenômeno político e ferramenta racionalizadora capaz de viabilizar a construção deste novo cenário:

O Comitê Executivo da OMS, em 1973, entendia que a **saúde em sua dimensão internacional estava às vésperas de “uma grave crise” que ameaçava inclusive a estabilidade social nos países.** Uma das suas causas seria a “incapacidade dos serviços em eliminar as importantes

diferenças existentes quanto à situação de saúde entre os diferentes países e no interior de um mesmo país”. Mahler³⁷ não economizava enunciados para assinalar seu compromisso com uma **mudança que considerava radical na organização e nas práticas da saúde** (PIRES-ALVES; CUETO, 2017, p. 2140, grifo nosso).

No Brasil, as concepções sobre planejamento dialogavam com as ideias que circulavam no cenário internacional, descritas acima, e os primeiros esforços no sentido de se institucionalizar essa prática, se iniciam na década de 60, no âmbito geral da estrutura Estatal, com a criação do cargo de Ministro Extraordinário responsável pelo Planejamento (Lei Delegada nº 1 de 25 de janeiro de 1962), ocupado por Celso Monteiro Furtado, então primeiro Ministro do Planejamento do país. Em 11 de julho de 1963, a partir do Decreto 52.256, foi criada a Coordenação do Planejamento Nacional, órgão da Presidência da República, com o objetivo de articular com os grupos de planejamento dos Ministérios, instituídos por força deste mesmo dispositivo. A seguir, a partir da Portaria nº 572, de 19 de julho de 1963, instituiu-se o Grupo de Planejamento do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1963, p. 4).

Com a edição do Decreto-Lei nº 200, em 25 de fevereiro de 1967, o planejamento passou a ser competência do Ministério do Planejamento e Coordenação Geral e, em 1972, foi criado o Sistema Federal de Planejamento (Decreto 71.353, de 9 novembro de 1972), dando um caráter formal ao processo de planejamento, que alcançou todas as suas fases. De acordo com o disposto neste Decreto, eram objetivos do Sistema Federal de Planejamento (SFP): coordenar a elaboração de planos e programas e acompanhar sua execução, assegurar a aplicação de critérios técnicos na escolha de prioridades, modernizar a administração pública e estabelecer um fluxo permanente de informações. O SFP abrangia a totalidade dos órgãos que compunham a Administração Pública Direta e Indireta e tinham no Ministério do

³⁷ O médico dinamarquês Halfdan T. Mahler entrou como funcionário da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1951 e foi um dos diretores-adjuntos na gestão do brasileiro Marcolino Candau. Ele serviu três mandatos como diretor-geral da OMS de 1973 a 1988 e é considerado por muitos como o arquiteto da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma Ata (antiga União Soviética), em setembro de 1978 (WHO, 2019b).

Planejamento e Coordenação Geral o seu órgão central, ao qual se reportavam os órgãos setoriais de cada ministério. Já no governo Geisel, foi instituída a lei nº 6.036, de 1º de maio de 1974, que, entre outras providências³⁸, criou a Secretaria de Planejamento (SEPLAN) pela transformação do então Ministério do Planejamento e Coordenação Geral, tornando-o órgão de assessoria diretamente vinculado à Presidência da República, evidenciando a importância que o planejamento assume nesse período (PÉCORRA, 1981; REZENDE, 2009).

Em consonância com esse cenário mais amplo, de institucionalização do planejamento como prática na máquina estatal, o setor da saúde também foi alcançado e os conceitos e esquemas de ordenação da administração pública e de planejamento setorial começaram a permear a organização sanitária do Brasil, em diálogo com as ideias que circulavam internacionalmente. Como visto anteriormente, em 1965 foi criada a metodologia CENDES/OPAS, cuja difusão para os países latino-americanos foi bastante incentivada pela OPAS. Segundo Mendes (1988), no Brasil, sua divulgação e treinamento foi realizada pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e pela Divisão de Saúde da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste³⁹ (SUDENE), com o que Luz contribui (2014, p. 145):

A SUDENE tanto treinou pessoal no exterior, como também promoveu com o apoio da Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-americana da Saúde (OMS/OPS), a realização de cursos sobre metodologia de planejamento de saúde, durante 5 (cinco) anos sucessivos, a partir de 1965, beneficiando seu pessoal e os organismos de saúde da Região. Aproveitando o pessoal treinado nos cursos mencionados, a SUDENE efetuou gastos nos Estados e fez com que fossem criadas Assessorias de Planejamento em cada Secretaria de Saúde (...).

³⁸ A Lei nº 6.036, de 1º de maio de 1974 também foi responsável pela criação, na Presidência da República, do Conselho de Desenvolvimento Econômico e pelo desdobramento do Ministério do Trabalho e Previdência Social em Ministério do Trabalho e Ministério da Previdência e Assistência Social.

³⁹ A Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste, criada pela Lei no 3.692, de 15 de dezembro de 1959, foi uma forma de intervenção do Estado no Nordeste, com o objetivo de promover e coordenar o desenvolvimento da região. A criação da Sudene resultou da percepção de que, mesmo com o processo de industrialização, crescia a diferença entre o Nordeste e o Centro-Sul do Brasil. Tornava-se necessário, assim, haver uma intervenção direta na região, guiada pelo planejamento, entendido como único caminho para o desenvolvimento.

Por seu turno, o planejamento em saúde teria sido introduzido no nível Federal, através da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), e no nível estadual, em algumas Secretarias Estaduais, como um instrumento de modernização institucional e ferramenta de implantação do modelo político e ideológico governamental. Nesse contexto, em 1970 foi realizado um trabalho da FSESP em colaboração com a Diretoria Regional de Pernambuco, que consistiu na aplicação da técnica CENDES/OPAS, modificada, na análise de serviços de saúde da FSESP em 17 municípios da região. Com o uso da metodologia foram realizadas a análise da morbidade local, da utilização e rendimento dos recursos disponíveis e foi mensurado o custo das atividades desenvolvidas. Participaram desse trabalho médicos e enfermeiros da Diretoria Regional de Saúde de Pernambuco e da FSESP, entre eles Carlos Gentile de Mello (MELLO et al., 1970).

Entretanto, na leitura de Mendes (1988), a metodologia CENDES/OPAS não se compatibilizava com o movimento em curso de valorização do social e expansão da cobertura assistencial, que seria, sobretudo, um planejamento de investimentos. Nesse sentido, Rivera e Artmann (2012) acrescentam que a metodologia não levava em conta aspectos específicos do setor, como a falta de coordenação dos serviços, a baixa capacidade de regulação do Estado e o nível de privatização, colocando obstáculos à sua plena utilização. Não obstante, esses autores sinalizam que alguns pontos da metodologia foram relevantes, como a eleição de prioridades baseada nos critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade, a lógica de programação ascendente e a proposta de orçamentação por programas. Como conclui Mello (2010, p. 174): “... sua influência fincou raízes através de conceitos e principalmente da cultura em planejamento e programação em saúde”.

Conforme informam Cordeiro e Quadra (1977), a nível teórico, foi se desenvolvendo um progressivo interesse pela possibilidade de aplicação do enfoque sistêmico a setores sociais, principalmente saúde e educação. A partir de então, se intensifica uma preocupação mais pragmática de dotar os serviços de saúde de uma dada organização, coordenação e de uma consequente

racionalidade, o que pode ser identificado, com maior ou menor ênfase, nos sucessivos planos governamentais de desenvolvimento econômico e social, merecendo destaque o II Plano Nacional de Desenvolvimento (que será tratado adiante, em tópico específico), nos discursos de posse e celebrações por presidentes ou ministros, e nas mensagens anuais ao Congresso Nacional.

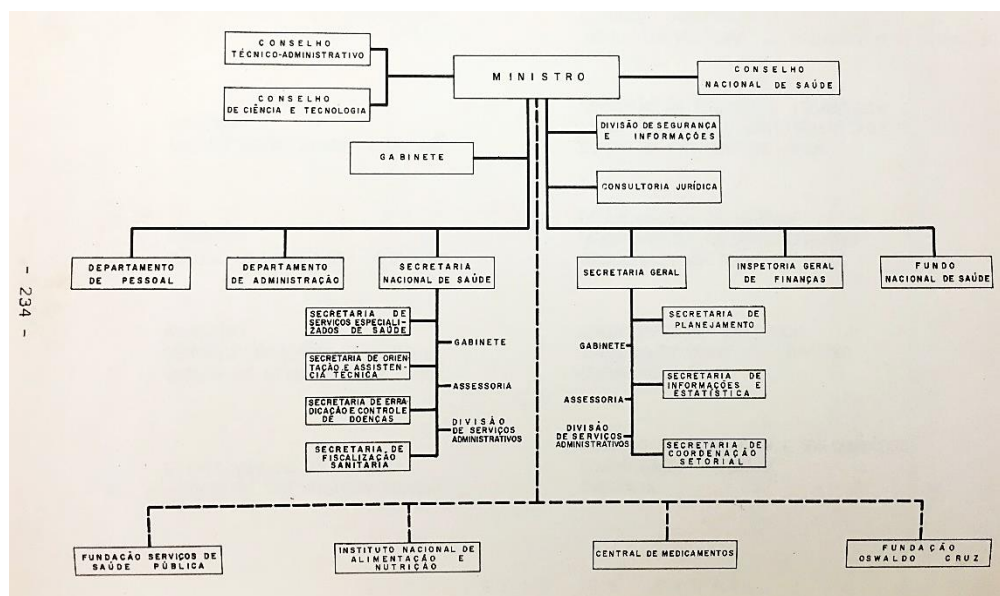
Desta forma, após um longo período durante o qual a ação governamental desenvolvida nesse campo foi caracterizada por elevado grau de dispersão de esforços e indefinição de competências das entidades públicas e privadas ligadas ao setor, a presença do Estado no campo da proteção e da recuperação da saúde da população se estruturava. Diante do preocupante quadro sanitário nacional, marcado pelo baixo acesso aos serviços de saúde e disseminação de doenças marcadamente da pobreza, como as verminoses e aquelas de veiculação hídrica, o novo modo de pensar a saúde compreendia a expansão da cobertura assistencial e criticava as intervenções de tipo vertical, orientadas por doença, e a medicina curativa, centrada na instituição hospitalar e no uso crescente de tecnologias complexas e de alto custo. Além do planejamento, as formas indicadas para o enfrentamento da situação, com os recursos disponíveis, também enfatizavam a gestão adequada de estatísticas vitais e sanitárias, a administração coordenada dos serviços de saúde, com a articulação dos âmbitos nacional e local, e a integração das práticas de saúde preventivas com a assistência curativa (FINKELMAN, 2002; GIOVANELLA, 2012; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Durante o Governo Médici, o Ministro da Saúde, Mário Machado de Lemos (19 de junho de 1972 a 14 de março de 1974), elaborou uma proposta para a Política Nacional de Saúde, concluída em 1973 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1973). Valendo-se dos conceitos difundidos pelas organizações internacionais, OPAS e OEA, assim como discutidos na III Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas, sobre expansão de cobertura, racionalidade, planejamento e organização de sistemas nacionais de saúde, ele colocou como necessidade prioritária a modernização administrativa do Ministério da Saúde. No que se refere ao planejamento:

O Ministério da Saúde, ainda como parte integrante da Política Nacional de Saúde, está implantando, inclusive através de processos de computação eletrônica, entre outros, os Sistemas Setoriais de Planejamento; Informática para a Saúde; Orçamento, Controle Patrimonial, de Estoques, Financeiro e de Pessoal; (...) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1973, p. 12)

Como parte do processo de reestruturação e modernização geral do Ministério da Saúde, a proposta previa a criação da Secretaria de Planejamento, que contava com setores de programação, orçamentação, modernização administrativa e informações em saúde, sendo subordinada, juntamente com a Secretaria de Informações e Estatística e a Secretaria de Coordenação Setorial, à Secretaria geral, e esta diretamente relacionada ao Ministro, conforme demonstrado na figura a seguir:

Figura 4: Estrutura proposta para o Ministério da Saúde – 1973



Fonte: (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1973, p. 234)

Verifica-se então a importância que o planejamento em saúde assume, ao ser formalmente inserido como prática institucional na máquina administrativa estatal e instrumento racionalizador na saúde.

Na opinião de Mendes (1988), devido às diferentes pressões e interesses em jogo, teriam se desenvolvido duas formas paralelas de planejamento em saúde, na estrutura estatal: uma na área da saúde pública (MS), que seria sofisticada no conteúdo normativo, pobre na proposta

estratégica e lenta no momento tático operacional, e outra no âmbito da Previdência Social (MPAS), que seria pobre em ferramentas normativas, rica na concepção estratégica e ágil no momento tático operacional⁴⁰. Este último, em suas palavras, teria sido o planejamento “que deu certo” e que “resultou na ocupação do espaço hegemônico da saúde” (MENDES, 1988, p. 10–11):

Nesse sentido, pode-se afirmar que, a partir dos anos 70, corriam, paralelos, dois planejamentos de saúde, que, contraditoriamente, se complementavam: um cuidava de viabilizar o projeto hegemônico do modelo médico-assistencial privatista e, outro, o modelo da medicina simplificada para os marginalizados das periferias urbanas e das zonas rurais.

Por seu turno, Luz (2014) informa que o planejamento em saúde no Brasil, no período de 1968 até o final de 1974, teria se desenvolvido sob a forma de uma progressiva integração dos programas setoriais de atenção médica, comandados pela Previdência Social que, através de um conjunto de regulamentos, teria organizado o financiamento e o funcionamento desses programas. Esta autora afirma que: “Deste modo, antes da conjuntura institucional que termina em 1974, não se pode falar de Planejamento de Saúde ou de Planos de Saúde em sentido estrito” (LUZ, 2014, p. 185). De fato, conforme mencionado anteriormente, foi durante o Governo Geisel que ocorreu a transformação do Ministério do Planejamento em uma Secretaria diretamente vinculada à Presidência da República, o que reforçava sua posição central enquanto instituição encarregada de coordenar o processo de planejamento e acompanhar sua implementação. Nesse sentido, Rezende (2009) acrescenta que o período abarcado pelo II PND (1975-79) pode ser visto como aquele em que o planejamento governamental atingiu o auge de sua influência na formulação e implementação das políticas de desenvolvimento econômico e social, com repercussões importantes na área da saúde, a serem analisadas nos tópicos a seguir.

⁴⁰ Essa dicotomia teria a sua tentativa de superação a partir da criação da Programação e Orçamentação Integrada (POI), na década de 80, com a estruturação de mecanismos para programação e orçamentação dos recursos para a saúde de forma integrada entre as instâncias federais de saúde, os estados e os municípios (FELIPE, 1987; MENDES, 1988).

Pelo exposto até aqui, buscou-se evidenciar o surgimento do conceito de planejamento como um importante instrumento para o desenvolvimento dos países no período do pós 2ª guerra e seu avanço para o setor de saúde, em um momento de valorização das questões sociais. Em meio às discussões de organismos internacionais especializados em saúde, foi elaborada e amplamente difundida uma proposta metodológica de planejamento em saúde para os países latino-americanos, o método CENDES/OPAS, dentro da proposta de auxiliar o desenvolvimento e diminuir as diferenças entre os países ditos periféricos e os centrais. Derivada da lógica econômica normativa e mais voltada para o crescimento do que para a equidade, esta metodologia encontrou resistências, principalmente por não considerar os aspectos históricos e políticos específicos dos países, quando então se iniciaram as formulações do planejamento estratégico.

No Brasil, no contexto de instauração do regime militar, a concepção de planejamento encontrou receptividade, inserindo-se inicialmente no âmbito da estrutura geral da máquina pública e, na sequência, no setor de saúde, onde assumiu características diferenciadas nas duas principais instituições dessa área: o Ministério da Saúde e a Previdência Social. Essa questão revela justamente a influência das peculiaridades histórico-institucionais na adaptação e remodelagem de conceitos, com desdobramentos que alcançarão, inclusive, a formulação do II Plano Nacional de Desenvolvimento, do qual o SNS será parte e expressão. Conclui-se então que ocorreu a construção de um novo campo epistemológico a partir da produção teórico-metodológica sobre planejamento em saúde, o qual dialogou diretamente com as ideias veiculadas por organismos internacionais e se constituiu em um importante suporte ao processo de formulação e implementação de políticas públicas setoriais no Brasil.

3.3 O planejamento na formulação do SNS

3.3.1. Preparando o terreno: o primeiro ano do Governo Geisel e as medidas institucionais

Em 15 de março de 1974 assume a presidência do país o general Ernesto Geisel. Seu governo coincide com a crise do petróleo e a consequente recessão mundial, com desdobramentos no cenário nacional: o fim do chamado “milagre econômico” e o aumento da insatisfação popular. Diante da necessidade de se administrar o avanço das oposições legais e frente aos sinais de crise da ditadura, o governo investe nas políticas sociais como forma de atenuar as tensões (VATER, 1996; ESCOREL, 1999). Apesar de ser conhecido como um estadista centralizador e autocrático, foi justamente em seu governo que se iniciou uma abertura política gradual rumo à democracia (RIBEIRO, 1991; VATER, 1996). Segundo Vater (1996, p. 17), a estratégia de liberalização do regime atendia também a um equilíbrio interno de forças do regime:

Havia o temor dos “militares enquanto governo”, de que a “comunidade de segurança” se tornasse hegemônica, controlando assim os “militares enquanto instituição”⁴¹. Desta forma, a liberalização do regime teria sido a estratégia por intermédio da qual Geisel controlaria a “comunidade de segurança”, uma vez que estava persuadido de que a hegemonia desta poderia causar um cisma, não só entre “militares enquanto instituição”, como no país como um todo.

Nesse sentido, o ano de 1974 foi marcado por variadas e importantes mudanças na saúde e assistência social (IPEA, 1979; VATER, 1996; GIOVANELLA, 2012), sendo as de maior interesse para esta análise elencadas abaixo e seus principais aspectos descritos na sequência:

⁴¹ Do ponto de vista da política intramilitar, Stepan (1986) discrimina três componentes do regime: os militares enquanto governo: figuras militares que dirigem o governo; a comunidade de segurança: elementos do regime ligados ao planejamento, à coleta de informações e à execução da repressão; e os militares enquanto instituição: a própria corporação militar, enquanto uma instituição nacional.

- A Lei nº 6.036, de 01 de maio de 1974, que cria o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), a partir de sua separação do Ministério do Trabalho e Previdência Social (BRASIL, 1974c);
- A criação do Plano de Pronto Ação (PPA) em setembro de 1974 (Portaria MPAS nº 39, de 05 de setembro de 1974), que visava dar acesso à consulta médico-ambulatorial e de urgência, através da rede privada, contratada e conveniada, independentemente do vínculo previdenciário (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985);
- A Lei nº 6.118, de 9 de outubro de 1974, que instituiu o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), como órgão de assessoramento do Presidente da República na formulação da política social (BRASIL, 1974d);
- A Lei nº 6.125, de 4 de novembro de 1974, que autorizou o Poder Executivo a constituir a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social – DATAPREV, com o objetivo de aumentar o controle sobre a aplicação dos recursos (BRASIL, 1974e);
- A Lei nº 6.151, de 4 de dezembro de 1974, que dispõe sobre o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), para o período de 1975 a 1979 (BRASIL, 1974a);
- A Lei nº 6.168, de 9 de dezembro 1974, que criou o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) (BRASIL, 1974b).

A criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) é uma significativa demonstração do destaque que o setor social recebe nesse período, o que se confirmará também na preponderância deste ministério no campo político e orçamentário, principalmente quando comparado ao Ministério da Saúde (SCOREL, 1999, p. 51;60), e terá importantes implicações na formulação da estrutura organizacional do SNS, como veremos no capítulo 5. Conforme descrito no capítulo 2 (tópico 2.3), já havia sido proposta a criação de um ministério para a Previdência Social em 1952, durante o governo Vargas, o que, entretanto, não se concretizou, sendo criado somente o Ministério da Saúde, em 1953. Naquele período, a ênfase política estava na saúde pública.

Segundo relato de Luiz Gonzaga do Nascimento e Silva, durante uma entrevista realizada pelo Programa de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz (SILVA, 2004a, p. 7–8), em 1987, a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, a partir de sua separação do Ministério do Trabalho e Previdência Social, teria sido sua sugestão ao Presidente Geisel, antes mesmo de ser nomeado como o primeiro Ministro do recém-criado MPAS. Ele assim sugeriu pois, a seu ver:

(...) eram primeiro duas atividades diversas, a do trabalho e a da Previdência Social, e achava também que a Previdência Social teria que se organizar e ter um vulto extraordinário num país com a população brasileira, com os problemas brasileiros, ele só seria um grande Ministério e portanto estar atrelado ao Ministério do Trabalho era, criava uma dificuldade para o Ministro dividir entre dois setores bastante diversos, se ocupar dos problemas trabalhistas, das greves e ao mesmo tempo manter a gestão de um grande sistema financeiro que afinal é a Previdência Social (SILVA, 2004b, p. 8–9).

Como se vê, Silva considera que a Previdência Social tinha alcançado tamanha complexidade organizacional (e financeira) que demandava a criação de uma pasta ministerial exclusiva. Interessante que, apesar da previdência social ter surgido no âmbito das relações trabalhistas, Silva as têm como “atividades diversas”, o que pode ter relação com o vulto que a assistência médica adquiriu em sua estrutura, a qual não estava originalmente ligada à previdência, como descrito anteriormente. Mais adiante, nesta mesma entrevista, Silva acrescenta que a Previdência também tinha um importante papel no alívio das tensões sociais, questão que se tornou relevante no período, por conta da proposta de distensão do regime militar de forma progressiva.

O Plano de Pronta Ação tinha como objetivo universalizar o atendimento médico, principalmente o de emergência e, para isso, a Previdência comprometia-se a pagar esse atendimento tanto à rede pública quanto à rede privada, independentemente do vínculo previdenciário do paciente (MOURA; GARCIA, 1994). O plano previa também a expansão dos convênios com o setor público para esse tipo de atendimento, através de uma modalidade de pagamento diferenciada da utilizada para a compra de serviços na área privada hospitalar: o pagamento global por procedimento, e não por

unidade de serviço. Segundo alguns autores (MELLO, 1976; ESCOREL, 1999; VATER, 1996; MENICUCCI, 2007), na realidade, o que se seguiu foi a utilização de políticas e recursos públicos para o enriquecimento de empresas privadas, uma vez que a rede pública era escassa na maioria dos locais alcançados pelo programa. A esse respeito, Menicucci (2007, p. 91) afirma que:

O PPA é, assim, uma expressão inequívoca da direção da política de saúde que apontava a universalização da cobertura assistencial, alicerçada na compra de serviços privados e com restrição dos serviços estatais às áreas de menor interesse empresarial: ambulatórios para atenção primária e hospitais de maior complexidade tecnológica e maior custo.

Na avaliação de Vater (1996), a opção de utilização de serviços privados era coerente com a proposta do II PND de formular uma política redistributiva, mantendo a lógica de mercado, na sequência do que vinha se desenvolvendo nos governos anteriores. Essa também parecia ser a expectativa do setor, conforme matéria publicada no *Jornal do Brasil*, em 10 de outubro de 1974, de título: “Federação de Hospitais acha seguro-saúde bom para a iniciativa privada e INPS” (*JORNAL DO BRASIL*, 1974). Nela, Luís Inácio Lima Neto, diretor interino da Federação Brasileira de Hospitais, informava que a iniciativa privada recebia o PPA com grande entusiasmo, posto que ele promovia incentivos ao setor a partir da realização de convênios para atendimento de urgência da população, que teria direito à livre escolha do local e do médico. Segundo ele, essa medida também beneficiaria a Previdência Social, pois: “enquanto a iniciativa privada atende esses pacientes, o governo poderá concentrar suas verbas nos 140 hospitais do INPS em todo o país”. Ainda nessa matéria, o presidente do Sindicato dos Médicos, Charles Damian, também se pronunciava a favor do PPA, visto que ele desburocratizava a assistência via INPS, tirando “as amarras da medicina no Brasil” que tornavam o médico um burocrata (*JORNAL DO BRASIL*, 1974, p. 7).

Desta forma, a título de agilizar a expansão da cobertura, utilizando toda a capacidade instalada, tanto pública quanto privada, o PPA propiciou uma articulação de todos os serviços de assistência médica no país. Com a abolição das medidas burocráticas para comprovação do vínculo do paciente ao INPS

nos atendimentos de emergência, avançou-se para uma maior homogeneização do cuidado médico, medidas essas que apontam um direcionamento rumo a uma proposta organizacional de maior amplitude. Por outro lado, em função da baixa capacidade de controle governamental, o PPA acabou por se constituir como mais uma possibilidade de fraude, pela realização de atendimentos não emergenciais como emergenciais, tendo como resultado o reforço do modelo de expansão da assistência por meio do setor privado, uma vez que o crescimento em todos os tipos de procedimentos foi significativamente maior na rede privada do que na rede própria da previdência (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985, p. 219–220).

O Conselho de Desenvolvimento Social foi criado como um órgão supraministerial, presidido pelo Presidente da República e integrado pelos Ministros de Estado da Educação e Cultura, do Trabalho, da Saúde, do Interior e da Previdência e Assistência Social, e tendo como Secretário-Geral o Ministro de Estado Chefe da Secretaria de Planejamento. Tinha como função precípua assessorar o Presidente da República na formulação da política social e na coordenação das atividades dos Ministérios interessados, segundo a orientação geral definida no Plano Nacional de Desenvolvimento. Ademais, era o responsável por avaliar a política nacional de saúde, formulada pelo Ministério da Saúde, bem como os planos setoriais dos Ministérios da Previdência e Assistência Social e da Educação e Cultura, referentes à assistência médica e formação profissional médica e paramédica, fixando as diretrizes para sua execução (MPAS, 1975). Interessante destacar que essa mesma lei que criou o CDS, revogou o artigo 156, parágrafo III do Decreto Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967 (BRASIL, 1967a), que subordinava a assistência médica previdenciária à Política Nacional de Saúde elaborada pelo Ministério da Saúde. Sendo assim, ocorreu um deslocamento da esfera de decisão da política setorial para o CDS, diminuindo a autonomia do MS e aumentando a do MPAS, o que permite antever um desenho organizacional onde estes ministérios estariam em um mesmo nível hierárquico na área da saúde, liderados pelo CDS, o que se confirmará no II PND, proposto a seguir.

A criação da DATAPREV foi uma medida institucional que buscava modernizar a administração previdenciária com o objetivo de fiscalizar a aplicação dos recursos, avaliando as contas hospitalares e o credenciamento de médicos, o que demonstrava um interesse ativo por parte do Estado em controlar os gastos com o setor privado, embora mantivesse, segundo Oliveira e Teixeira (1985, p. 241) “... inalterados os pilares do modelo – compra de serviços aos produtores privados com pagamento na base de unidades de serviços – ...”. De acordo com esses autores, ainda que não de todo eficaz, a existência da DATAPREV teria sido motivo de “constantes atritos com o setor privado” (1985, p. 242).

O FAS foi criado em dezembro de 1974, como apoio financeiro aos programas e projetos de caráter social segundo as prioridades estabelecidas pelo II PND, sendo a aplicação dos seus recursos determinadas pelo Conselho de Desenvolvimento Social. Ao iniciar seu funcionamento em 1975, gerenciado pela Caixa Econômica Federal (CEF), o FAS tinha seus recursos constituídos por rendas líquidas das loterias federal e esportiva, receitas orçamentárias da União e outros recursos, que totalizados, podiam ser utilizados para investimento, custeio ou manutenção. Tinha como objetivo financiar projetos e programas da área social, tanto do setor público quanto do setor privado, através de financiamento a fundo perdido (para o Governo Federal) ou a custos financeiros subsidiados (para órgãos públicos e privados). Destes recursos, 70% deveriam ser aplicados no setor público e 30% no setor privado. Entretanto, o que se observou na área da saúde foi bem diferente, conforme aponta Cordeiro (1982, p. 87): “Mas 70% dos seus recursos em cinco anos de funcionamento foram canalizados para a construção e equipamento de unidades privadas hospitalares situadas no eixo Rio-São Paulo”. Conforme se observa tabela abaixo (Figura 5), para a saúde foram aprovadas 20,3% das propostas de financiamento no setor público, frente a 79,7% no setor privado, diferentemente do que se observa para a educação, ou seja, o FAS funcionou fundamentalmente como um fundo de financiamento à iniciativa privada, ampliando o seu grau de hegemonia na assistência médica.

Figura 5: Propostas de financiamento, com recursos do FAS, aprovadas pela diretoria da Caixa Econômica Federal. Posição em 31 de agosto de 1977.

Tabela 21
FAS — Propostas de Financiamento Aprovadas pela Diretoria da CEF
Posição em 31.08.77
(em Cr\$ milhões)

<i>Área Social</i>	<i>Total</i>	<i>Setor Público %</i>		<i>Setor Privado %</i>	
Educação	8.986,8	7.908,2	88,0	1.078,6	12,0
Saúde	3.168,2	644,9	20,3	2.523,3	79,7
Trabalho	378,7	110,7	29,1	268,0	70,9
Interior	265,5	265,5	100,0	—	—
<i>Total</i>	12.799,2	8.929,3	69,8	3.869,8	30,2

Fonte: CEF/FAS.

Fonte: (BRAGA; PAULA, 1986: 128)

Sendo assim, conforme assinalam Braga e Paula (1986), o FAS fechava o ciclo do apoio financeiro governamental ao setor privado da saúde, uma vez que esta foi a opção governamental: priorizar a rede privada para a prestação de serviços de saúde. Com os recursos das contribuições à previdência, pagava-se uma parte substancial do custeio dos serviços de saúde que, entretanto, não podiam ser empregados para o financiamento da expansão da oferta ou na modernização e melhoria do padrão tecnológico das unidades privadas, servindo o FAS então, de solução para essa demanda. Segundo os autores, a carga política que assume a questão da saúde, aliada à força dos interesses empresariais do setor⁴² levou a que o FAS, na área de saúde, tivesse uma função e comportamento oposto às demais áreas, no que se refere ao corte público/privado dos tomadores dos empréstimos. Por sua vez, o FAS fortaleceu ainda mais o setor privado, o qual exercerá significativas pressões durante as discussões em torno da criação do SNS, buscando preservar seus interesses.

⁴² Segundo Oliveira e Teixeira (1985, p. 216–218), a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), entidade representativa dos hospitais privados, pressionou o governo no sentido de garantir o favorecimento desse setor na aplicação dos recursos do FAS, sendo o volume de propostas encaminhadas pelo setor expressivo da utilização desse instrumento de financiamento público: de 703 propostas de financiamento, 73% se referiam a leitos hospitalares, predominando a criação ou expansão de hospitais privados com fins lucrativos.

Já para Murilo Villela Bastos (2004a, p.16), integrante do MPAS (assessor), valendo-se da lógica econômica e da meta política de rápida expansão da cobertura assistencial, havia muita coerência nestes dados:

Bom, você encontra uma explicação perfeitamente clara e lógica, se você analisar o seguinte: primeiro, quem montou esse esquema foram economistas, provavelmente economistas e sociólogos do grupo tecnocrático que dirigiu o Brasil nesse período. Se você se posicionar dentro dessa ótica, veja o seguinte: em economia é um princípio básico o seguinte: não interessa quem é que produtor, interessa a produção e a produtividade. Por quê? Porque o produtor é sempre o povo, e o consumidor é sempre o povo. (...) Então, do ponto de vista da tecnocracia do economista isso não tem nenhuma importância. O que tem importância é que você, quando precise se tratar, tenha tratamento. Se esse tratamento é feito em serviço municipal, estadual, federal, autárquico ou particular, isso não tem importância, o que tem importância é que ele seja bem feito.

Nesse período observa-se também o estreitamento de relações do setor assistencial, notadamente o Instituto Nacional de Previdência Social, com o setor da formação de recursos humanos para a saúde, a partir do convênio MEC-INPS (1974). Os convênios globais com hospitais universitários e a utilização da rede própria da previdência para a formação de pessoal de nível médio e para o treinamento de internos e residentes foram medidas concretas prenunciadoras da relação interinstitucional a ser vislumbrada pelo Sistema Nacional de Saúde. Deste modo, uma clientela maior e mais diversificada pode ter acesso aos recursos humanos e tecnológicos dos hospitais universitários, e o ensino se aproximaria mais do perfil epidemiológico regional, com ênfase nos ambulatórios de medicina integral, especialmente voltados para um nível de atenção primária (CORDEIRO; QUADRA, 1977).

Instituído poucos dias antes do FAS, o II Plano Nacional de Desenvolvimento teve características próprias, distanciando-o do I PND, e que serão aprofundadas no tópico a seguir.

Diante do exposto, é possível considerar que o governo Geisel envidou esforços na construção de um processo articulado de planejamento e organização do setor de saúde, já em seu primeiro ano de governo, a partir de medidas que apontavam para um modelo de atenção de abrangência nacional,

com progressiva expansão da cobertura e, aparentemente, rumo à universalização do acesso, hierárquico, mantendo a dicotomia entre saúde pública e assistência médica, e utilizando todo o complexo de serviços, com a participação dos setores público e privado.

3.3.2 O planejamento e a agenda social: II Plano Nacional de Desenvolvimento

Elaborado durante os meses que antecederam a posse do General Geisel na Presidência da República, o plano quinquenal pretendia, mesmo face às adversidades internacionais (choque do petróleo e a consequente crise internacional), manter o ritmo de crescimento e atingir o sonho do “Brasil Grande Potência”, a partir da consolidação de uma sociedade industrial moderna e de um modelo de economia competitiva. O ministro do Planejamento João Paulo dos Reis Velloso, o ministro da Fazenda Mário Henrique Simonsen e o ministro da Indústria e do Comércio Severo Gomes foram os principais arquitetos do que foi, segundo o economista Guido Mantega, “o último grande plano econômico do ciclo desenvolvimentista” e, “provavelmente, o mais amplo programa de intervenção estatal de que se tem notícia no país” (MANTEGA, 1997, p. 3). De acordo com o proposto no Plano, o modelo econômico-social a ser atingido pelo Brasil até o final da década tinha como base:

[...] uma economia moderna do mercado, um forte conteúdo social, um pragmatismo reformista nos campos econômico e social e uma orientação de nacionalismo positivo, voltada para assegurar a execução da estratégia nacional de desenvolvimento, realizando o equilíbrio entre capital nacional e estrangeiro e, garantindo, na articulação com a economia internacional, a consecução das metas do País (BRASIL, 1974a, p. 28–29).

Publicado no Diário Oficial de 6 de dezembro de 1974, o texto do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) (BRASIL, 1974a) é composto por quatro partes: “Desenvolvimento e grandeza: o Brasil como potência emergente”; “Grandes temas de hoje e de amanhã”; “Perspectivas: o Brasil no fim da década”; e “Ação para o desenvolvimento”. Após traçar um breve quadro da situação econômica internacional, é feita uma análise do cenário

interno buscando diagnosticar os principais gargalos a serem vencidos. O plano também definia soluções, assim como mostrava o volume de investimentos e suas fontes internas de financiamento: o Orçamento da União, o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDE), o Banco Nacional de Habitação (BNH) e a Caixa Econômica Federal. O II PND garantiu taxas de crescimento expressivas, embora menores que no período 1969-1973: em 1975, o PIB se expandiu 5,1%; em 1976, 10,2%; em 1977, 4,9%; em 1978, também 4,9%; e em 1979, 6,8%. Entretanto, entre 1974 e 1979, a dívida externa passou de US\$ 14,9 bilhões para US\$ 55,8 bilhões (MARINGONI, 2016, p. 51).

Considerando-se as questões sociais, o II PND foi inédito no regime militar (DRAIBE, 1994). Conforme mencionado anteriormente, o plano fornece destaque para a política social e reconhece que ela tem objetivos próprios, que o desenvolvimento social deve ocorrer de forma paralela e progressiva ao desenvolvimento econômico, e ainda, propõe-se a aumentar substancialmente a renda real de todas as classes e reduzir significativamente a pobreza absoluta. Segundo Paim (2008), o discurso social do Governo Geisel frente aos impasses econômicos e políticos do regime tomou forma no II PND, no qual se estabeleceram novas estratégias de planejamento social e, na saúde, tiveram início as políticas racionalizadoras, que incorporavam a ideologia do planejamento de saúde como parte de um projeto de reforma de cunho modernizante e autoritário, mas, segundo Melo (1989), mantinham a produção dos serviços e produtos da política social em bases empresariais.

Nesse plano, o regime não abandonou os êxitos econômicos como fonte de legitimação, eles deveriam ser obtidos mesmo que em base menores, já que a situação internacional não permitia taxas de crescimento similares às dos anos do “milagre econômico”, conforme enuncia o Presidente Geisel (1975, p. 18), em sua mensagem ao Congresso Nacional, na abertura da sessão legislativa de 1 de março de 1975:

Penso justificar, assim, a intenção manifesta, desde a primeira hora, em meu governo, de dedicar maior atenção ao campo político — não só externo como, sobretudo, interno — e de cuidar com toda a objetividade do campo

social, através de medidas a ele especificamente destinadas. Com isso, todavia, não se deixará de reconhecer a importância crítica do campo econômico, fortemente condicionante dos demais, pelos recursos que só ele lhes poderá oferecer, mas afirma-se a prioridade instrumental do desenvolvimento político e o primado teleológico do desenvolvimento psicossocial.

O II PND tinha como prioridades no campo social a saúde e a educação, respectivamente o segundo e terceiro maiores orçamentos previstos no Programa de Investimentos (Programas de Valorização de Recursos Humanos: Cr\$ 267 bilhões, e Integração Social: Cr\$ 384 bilhões), após o da Infraestrutura Econômica (Cr\$ 439,4 bilhões) (BRASIL, 1974a, p. 117). Porém, se analisado como um todo, o Orçamento Social, composto pelos Programas de Valorização de Recursos Humanos, Integração Social e Desenvolvimento Social Urbano (Cr\$ 110 bilhões) somava Cr\$ 761 bilhões (BRASIL, 1974a, p. 118), quase o dobro do orçamento destinado à Infraestrutura Econômica. O diagnóstico situacional apontado no plano referia-se à educação e à saúde como problemas persistentes, mesmo com os grandes avanços econômicos: “A saúde, inclusive a assistência médica da Previdência, carecem, ainda, de capacidade gerencial e estrutura técnica e, com isso, se reduz a eficácia dos recursos públicos a eles destinados e se eleva o risco das decisões de aumentá-los substancialmente” (BRASIL, 1974a, p. 24).

Esse diagnóstico de que faltava capacidade gerencial e estrutura técnica ao setor da saúde foi o que orientou as estratégias para o seu desenvolvimento, que foram fundamentalmente reformas institucionais e administrativas. Tais medidas foram (algumas já oportunamente descritas anteriormente): a criação do MPAS, o convênio MEC/MPAS, a formulação do Plano de Pronta Ação (PPA), a criação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) e da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), todos em 1974, a criação do SNS, em 1975, e a institucionalização do complexo previdenciário por meio da criação, em 1977, do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), subordinado ao MPAS (GIOVANELLA, 2012).

Para Fonseca e Monteiro (2008), embora existisse no II PND o reconhecimento explícito da importância das questões sociais, estas teriam sido mantidas à parte do setor econômico, devido à separação institucional do CDS em relação ao CDE (Conselho de Desenvolvimento Econômico), o que teria resultado em uma baixa eficiência da política social. Na visão dos autores, o II PND era, mas ao mesmo tempo não era, diferente dos planos anteriores: era autoritário, porém fornecia um espaço para as questões sociais; visava ao planejamento global, mas continuava distante das bases do financiamento. Entretanto, na visão de Vater (1996, p. 49), o CDS teria utilizado o FAS como aporte financeiro para viabilizar os programas de desenvolvimento social, entre outras fontes, resultando em um aumento do orçamento social em relação ao PIB de 11%, em 1973, para 14%, em 1978.

No setor da saúde, o II PND definia claramente dois grandes campos institucionais – o do Ministério da Saúde, de caráter eminentemente normativo, com ação executiva preferencialmente voltada para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária; e o do Ministério da Previdência e Assistência Social, com atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado. Sendo assim, já estaria inserido, nesse planejamento, um aspecto fundamental do desenho institucional do setor de saúde, que como veremos, será consolidado no SNS, alguns meses depois. A proposta de priorizar o setor da saúde no campo social também se fez sentir na saúde pública, a partir de 1975, quando as verbas do Ministério da Saúde aumentaram⁴³ (RIBEIRO, 1991; GIOVANELLA, 2012), apesar da queda no orçamento da União, apontando para um real investimento nessa área, conforme dados do IPEA, apresentados abaixo, na figura 6:

⁴³ Contrariando a tendência dos anos anteriores, em 1975 ocorre um crescimento expressivo dos recursos do Ministério da Saúde na ordem de 35,7 % (BRAGA; PAULA, 1986).

Figura 6: Posicionamento do orçamento do Ministério da Saúde em relação ao orçamento da União entre 1970-1979.

MINISTÉRIO DA SAÚDE EVOLUÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS POSICIONAMENTO DO ORÇAMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM RELAÇÃO AO ORÇAMENTO DA UNIÃO - CRESCIMENTO REAL NO PERÍODO DE 1970 A 1979						
A N O S	U N I ã O			M I N I S T É R I O D A S A Ú D E		
	Valores Nominais	Valores Reais (Preços 1978)	Crescimento Real & Base Fixa = 1970	Valores Nominais	Valores Reais (Preços 1978)	Crescimento Real & Base Fixa = 1970
1970	20 121 054 400	108 130 546 300	-	318 089 000	1 709 410 300	-
1971	26 808 753 700	119 620 659 000	10,63	375 054 100	1 673 491 400	-(2,14)
1972	37 780 446 300	144 132 402 600	33,29	488 229 700	1 862 596 300	8,96
1973	51 256 008 000	235 992 912 034	118,25	749 300 800	3 449 930 743	101,82
1974	73 171 299 000	261 748 370 783	142,07	1 020 347 300	3 649 986 362	113,52
1975	109 122 382 000	305 324 424 836	182,37	1 900 159 200	5 316 645 442	211,02
1976	172 074 646 500	340 897 082 181	215,26	3 192 896 500	6 325 447 256	270,04
1977	258 157 223 700	358 502 936 552	231,55	5 246 578 400	7 285 923 424	326,22
1978	322 000 000 000	322 000 000 000	197,79	7 344 993 100	7 344 993 100	329,68

FONTE: Balanços Consolidados (Posição Final), Leis e Projeto-Lei de Orçamentos e Exposições de Motivos
Valores inflacionados e desinflacionados conforme o Índice Geral de Preços - Disponibilidade Interna (Conjuntura Econômica nº
6 - Vol. 32 - junho/78) para 1970, 71 e 72 - Dados CPG/IPLAN e FGV de 1973 a 78.

Fonte: (IPEA, 1979, p. 228)

Ainda assim, a maior parte dos recursos financeiros foi canalizada para a Previdência Social: “... que é o fato de que a dotação global consignada no Orçamento Geral da União para o Ministério da Saúde em 1975 ser uma cifra 16 vezes menor do que a despesa do Ministério da Previdência só com programas de saúde” (MELLO, 1977: 193). Segundo alguns autores (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985; BRAGA; PAULA, 1986; ESCOREL, 1999; SCHECHTMAN et al., 2002), a preponderância financeira, política e organizacional proporcionou que a política assistencial preconizada pela Previdência Social se tornasse o modelo dominante, defendido e sustentado pela aliança do grupo privado que atuava no setor da saúde com a burocracia previdenciária. Adicionalmente, a opção de parceria com o setor privado desmentia afirmativas de socialização e estatização da medicina, que poderiam trazer obstáculos ao processo de abertura política almejado por este governo (VATER, 1996).

Segundo Murilo Villela Bastos, assessor do MPAS, o Ministério da Previdência a Assistência Social tinha um papel fundamental e principal na oferta e organização da assistência à saúde, ao contrário do Ministério da Saúde:

Então, quem diz que a União favoreceu a Previdência Social não sabe o que se passou, porque a rigor ela deixou em desfavor (...). Ele diz que a Previdência está em colapso, porque estão roubando, por isso, por aquilo. Mas ele nunca vai dizer que o próprio governo está se apropriando indevidamente dos recursos da Previdência Social. Mas isso é sabido, e toda a vida foi! Então, a questão de dizer (...) que o governo do Brasil favoreceu a assistência médica privada pela Previdência, ao invés de favorecer a saúde pelo Ministério da Saúde, é no mínimo um equívoco, porque o que ele deixou em desfavor foi o Ministério da Saúde, mas não a saúde do Brasil. Porque como vocês já viram o Ministério da Saúde tem um papel insignificante no Programa de Saúde do Brasil (BASTOS, 2004a, p. 11).

Entretanto, o Ministério da Saúde envidou esforços em sentido contrário. Após o II PND, o Ministério da Saúde retomou as Conferências Nacionais de Saúde, que voltaram como espaço formulador e de debate das prioridades de governo para o setor (cabe lembrar que a Conferência Nacional de Saúde mais recente, a 4ª CNS, tinha sido realizada em 1967), com destaque os problemas de atenção médico-sanitária. Nos “anos Geisel”, foram realizadas a 5ª e a 6ª CNS, em 1975 e 1977, respectivamente, que embora mantivessem o caráter restrito das anteriores, contando somente com a presença de técnicos, profissionais e funcionários das instituições (particularmente do Ministério e das secretarias), tiveram importante papel em legitimar as propostas que envolviam a atenção à saúde das populações marginais, com a participação dessas populações, de forma a assegurar maior sucesso às ações integradas.

Durante o governo Geisel, o Ministro da Saúde, Paulo de Almeida Machado, investiu na estruturação da saúde pública a partir do aumento da rede básica de serviços em saúde (no qual o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento teve importante papel), da organização das ações de Vigilância Epidemiológica e do Programa Nacional de Imunizações (ambos a partir da Lei nº 6.259 de 30 de outubro de 1975), e do Programa Nacional de Alimentação e Nutrição – PRONAN (Decreto nº 77.116, de 6 de fevereiro de 1976). No que tange à rede básica de serviços em saúde, o número de unidades mais que dobrou no período em questão, conforme se observa na figura a seguir:

Figura 7: Expansão da rede primária de unidades de saúde a populações do interior entre 1974-1978

<u>MINISTÉRIO DA SAÚDE</u>		
SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE A POPULAÇÕES DO INTERIOR		
EXTENSÃO DA REDE BÁSICA DE UNIDADES DE SAÚDE		
1974-1978		
SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE	EXISTENTES ATÉ 1974 (A)	EXISTENTES EM 1978 (B)
<u>FSESP</u>		
- Centros de Saúde/ Unidades Mistas	151	187
- Postos de Saúde	24	107
SUB-TOTAL	175	294
<u>PIASS</u> (a)		
- Centros de Saúde/ Unidades Mistas	301	628
- Postos de Saúde	553	1 258
SUB-TOTAL	854	1 886
<u>T O T A L</u>		
- Centros de Saúde/ Unidades Mistas	452	815
- Postos de Saúde	577	1 365
TOTAL GERAL	1 029	2 180
NOTA: (a) Inclui o Projeto de Sistemas Integrados de Serviços de Saúde- "SISS"		

Fonte: (IPEA, 1979, p. 203)

Segundo alguns autores (MENDES, 1988; RODRIGUEZ NETO, 1997; ESCOREL, 1999; BAPTISTA, 2005; PIRES-ALVES; PAIVA, 2006; TOMACHESKI, 2007), ainda nesse período, a significativa expansão de projetos frente a um quadro restrito de pessoal tecnicamente qualificado teria criado uma janela de oportunidade, possibilitando o ingresso, nos espaços institucionais, de técnicos que não reproduziam o pensamento predominante no que tange à política em saúde, os quais tiveram oportunidade de defender propostas alternativas:

Desta forma, sob a égide do cuidado com a área social preconizado pelo II PND “abriram-se espaços institucionais”. O regime precisava lançar mão de políticas sociais para sua legitimação, por isso investiu, canalizou

recursos e priorizou projetos nestes setores. No entanto, não tinha quadros para ocupar todos os espaços abertos, e terminou por criar espaços institucionais para pessoas de pensamento contrário, senão antagônico, ao dominante em seu interior (ESCOREL, 1999: 42-43).

Por esta perspectiva, novas ideias teriam alcançado as políticas de saúde graças à entrada de figuras progressistas na máquina estatal. Entretanto, conforme descrito anteriormente, no capítulo 2, já vinham se desenvolvendo esforços de se instituir uma maior racionalização na organização do aparato institucional em saúde, entre alguns gestores, desde a década de 50. Sendo assim, até que ponto ao menos parte dessas ideias (que como veremos adiante, também se expressaram no SNS) já não faziam parte de um certo consenso técnico no aparelho de estado brasileiro e foram fortalecidas com a chegada dessas pessoas? Houve acréscimo de ideias? Quais? Essas são questões complexas para as quais buscaremos lançar luzes.

3.4 Considerações finais

Foi feito um esforço no sentido de se identificar as origens das concepções sobre planejamento e organização de serviços de saúde, que, sob o paradigma da articulação racional e sistêmica, influenciaram a agenda setorial brasileira a partir da década de 60. Os conceitos que circulavam em âmbito internacional dialogaram com o campo teórico e prático que se construía nacionalmente, na vigência de um regime autoritário que necessitava lançar mão de políticas sociais para se legitimar, valendo-se das questões de saúde como parte de sua estratégia. Sendo assim, questões prementes como a necessidade de aumento da cobertura assistencial e racionalização dos custos precisavam se compatibilizar com as demandas sociais, em uma conjuntura de crise econômica.

O primeiro ano do governo Geisel foi marcado por diversas medidas institucionais com significativo impacto do cenário da saúde. A criação do Ministério da Assistência e Previdência Social consolidou a progressiva importância dessa instituição, frequentemente apontada como privilegiada em relação ao Ministério da Saúde, sendo que este último teve, nesse período, um maior e real investimento financeiro. Apesar da queda no orçamento geral da

União, o MS dobrou a sua rede de atenção básica em saúde e retomou as Conferências Nacionais de Saúde (foram realizadas duas CNS em um intervalo de dois anos: 1975 e 1977), estagnadas desde 1967. Deste modo, as ações em saúde encontravam-se divididas entre estas duas instituições autônomas, com diferentes áreas de atuação, não integradas e não coordenadas, e que apresentavam significativa assimetria política e financeira. Em um contexto de propostas de expansão da cobertura assistencial rumo à universalização, mas com necessidade de contenção de gastos em saúde, esforços serão feitos de forma a estruturar e racionalizar esse setor, ganhando força, então, a discussão organizacional dos serviços de saúde, onde o planejamento será um elemento fundamental.

Coerentemente associado a esse contexto, é então elaborado o II PND, que pode ser considerado um marco na construção de um processo articulado de planejamento em saúde no país, entendendo o desenvolvimento social como um fim em si mesmo, mas também integrado à estratégia político-econômica. Dentro da perspectiva de um planejamento global e da lógica sistêmica, neste plano optou-se pela dupla institucionalização do setor da saúde, entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência Social, provendo a integração do planejamento das políticas e ações institucionais no recém-criado Conselho de Desenvolvimento Social, que funcionaria como “a cabeça” do sistema de saúde a ser criado, nesses moldes, no ano seguinte: o Sistema Nacional de Saúde.

Por sua vez, as medidas de cunho universalista, a partir da progressiva expansão da cobertura e desvinculando a assistência da contribuição previdenciária, demonstraram uma inflexão no padrão setorial que se desenhava até então, e permitiram o reconhecimento de algum tipo de igualdade entre os cidadãos, antecipando, ainda que de forma incipiente, a noção de saúde como prerrogativa do Estado e direito de todos.

CAPÍTULO 4 – O cenário da saúde na década de 70: ideias, atores e instituições

4.1 Considerações iniciais

Neste capítulo, será abordado inicialmente o estado das discussões sobre a organização dos serviços de saúde, do ponto de vista dos organismos internacionais: OMS e OPAS, nos anos que antecederam a criação do SNS no Brasil, de modo a observar as interfaces que essas ideias possam ter tido com sua formulação. A seguir, serão analisados o surgimento e o debate de ideias e propostas em atenção à saúde no país, pela sociedade civil, na primeira metade da década de 70, em meados da qual se inicia uma gradual abertura política.

Vimos anteriormente o papel do governo Geisel no setor social e da saúde, sendo um dos objetivos deste capítulo, analisar os demais atores deste cenário, que portam visões variadas sobre os problemas em saúde e as formas de resolvê-los, tendo em comum a necessidade de um novo olhar para a saúde, no qual as questões sociais fundamentalmente se inserem. Diante da já mencionada expansão de projetos institucionais e necessidade de pessoal qualificado, a conjuntura será favorável ao ingresso, na máquina estatal, de pessoas de pensamento contrário ao dominante e que tentarão inserir seus interesses na área da saúde (ESCOREL, 1999; MENICUCCI, 2007).

No campo institucional, a medicina previdenciária cresce em importância na política de saúde, cujo ápice se consolida com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em 1º de maio de 1974. Este órgão será responsável pelo modelo de saúde dominante no período, de cunho curativista, hospitalocêntrico e com serviços preferencialmente comprados ao setor privado, sob o argumento de rápida expansão da cobertura assistencial, com vistas à universalização da assistência médica. Consequentemente, a partir do seu financiamento pela Previdência Social, o setor privado experimenta um grande crescimento, o que acaba por torná-lo um ator influente nas decisões sobre a assistência médica no Brasil, exercendo pressões de modo a garantir e ampliar seu espaço de atuação, no contexto de

elaboração do novo sistema a ser instituído na saúde. Por outro lado, também havia diferentes correntes de pensamento dentro da Previdência Social, assim como no Ministério da Saúde, e que serão explorados a seguir.

Como parte do processo histórico e influenciado pelo legado das décadas anteriores, busca-se então caracterizar o contexto imediatamente anterior à criação do SNS, tanto no campo das ideias, em âmbito internacional e nacional, como dos atores e instituições que se relacionaram ao processo de formulação e criação do SNS.

4.2 A discussão organizacional em saúde no mundo: OPAS e OMS

Como descrito anteriormente, no cenário internacional, desde o início do século XX, já havia discussões sobre organização em serviços de saúde e sistemas de proteção social, exemplificados pelo Relatório Dawson, de 1920, e pelo Relatório Beveridge, de 1942, ambos elaborados no Reino Unido, em períodos de pós-guerra (KUSCHNIR; CHORNY, 2010), mas foi no final dos anos 60 e início dos anos 70, com o apoio dos organismos internacionais, que elas alcançaram maior amplitude e pragmatismo.

O quinto relatório da Organização Pan-americana da Saúde sobre a situação de saúde do mundo, referente ao período 1969-72 (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1974) trouxe questões importantes neste sentido, como o desenvolvimento socioeconômico, suas consequências para a saúde e as reformas legais e administrativas dos serviços de saúde, previdência social e de bem-estar:

Em consonância com as recomendações da Primeira Reunião do Comitê Consultivo da OPAS sobre Saúde e Bem-estar Social (1971), a organização intensificou seus serviços de assessoria aos países para o desenvolvimento de programas de saúde e previdência social (OPAS, 1972, p. 93, tradução livre)⁴⁴.

⁴⁴ Nesse período havia diversos projetos da OPAS direcionados para os serviços e sistemas de saúde, sendo os principais, de um modo geral: Brasil-3100, Serviços de Saúde - objetivo: melhoria da infraestrutura do setor saúde para atendimento médico integrado do indivíduo e da comunidade. Duração provável: 1971-1974. Brasil-4800, Serviços de Assistência Médica - objetivo: melhoria da estrutura organizacional dos serviços de assistência médica e coordenação de todos os serviços de saúde, visando a maior abrangência populacional. Duração provável: 1966-1974 (OPAS, 1972, p. 174-178).

Nessa publicação foi realizada uma compilação de variadas informações dos diferentes segmentos assistenciais, a partir de informações obtidas dos países latino-americanos, seguindo as recomendações da já mencionada III Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas (Chile, 1972), quando foi definida a estratégia para o desenvolvimento de sistemas de estatísticas de saúde, análise dos dados coletados, disseminação e pronto uso das estatísticas vitais e de saúde em todos os níveis dos serviços de saúde, a fim de facilitar o planejamento, a administração e a avaliação. Em seu capítulo 4, sobre “Serviços de Saúde”, foi feito o seguinte diagnóstico:

Os serviços de saúde, tanto preventivos como curativos, são prestados por meio de centros de saúde e, na área rural, postos médicos, por ambulatórios de hospitais e por dispensários independentes. Várias agências, tanto governamentais como privadas, assumem a responsabilidade pela prestação de cuidados de saúde a determinados segmentos da população. É difícil medir a cobertura da população por estas unidades ou a extensão em que os cuidados de saúde estão disponíveis para toda uma população. Um grupo populacional pode ter direito ao acesso a várias e diferentes unidades enquanto outros grupos não têm acesso a nenhuma. Um centro de saúde em uma grande área urbana pode servir a milhares de pessoas, enquanto um na área rural pode fornecer cuidados mínimos para apenas algumas centenas. Os serviços prestados pelas unidades de saúde variam muito. Alguns podem fornecer serviços altamente especializados e outros, apenas cuidados de emergência limitados, serviços de imunização e cuidados de saúde materno-infantil (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1974, p. 56, tradução livre).

Como se pode notar, há uma preocupação não só com a cobertura das ações e serviços de saúde, como também com a sua organização e a variabilidade da assistência prestada.

No tópico: “Sistemas de Serviços de Saúde e sua Cobertura”, do II Plano Decenal de Saúde (OPS/OMS, 1972, p. 72–73), foi justamente descrita a relação direta entre o número de habitantes de um local e a cobertura assistencial, sendo esta segunda tanto menor quanto menor a primeira. Essa situação seria decorrente da falta de uma política nacional e setorial explícita que orientasse o desenvolvimento, resultando em um planejamento de saúde débil, visto que circunscrito às esferas governamentais (ministérios e

secretarias de saúde), enquanto a orientação era de sua incorporação em todos os níveis da administração do sistema de saúde.

O Plano recomendava, então, que se delimitassem os campos de atuação do setor de saúde, as instituições que o compõem, suas relações e a instalação de mecanismos que viabilizassem a cobertura total da população, com serviços hierarquizados e integrados, onde os serviços básicos deveriam se estender a todos os locais e os especializados deveriam se concentrar nas áreas com maior número de habitantes (mais de cem mil habitantes), ou seja, a criação de “sistemas nacionais de serviços de saúde” (OPS/OMS, 1972, p. 73). Foi colocado ainda, como elemento importante destes sistemas, a participação dos serviços médicos do setor de seguridade social, de acordo com a política e modalidades estabelecidas por cada governo. A descentralização e a participação da comunidade são mencionadas como elementos-chaves da estratégia de um processo por meio do qual determinados grupos sociais e, mesmo, profissionais, possam influir na distribuição, volume e qualidade dos recursos médico-assistenciais e sanitários (planejamento participativo), principalmente os primeiros, a fim de que os mesmos venham a atender às suas necessidades e/ou interesses (OPS/OMS, 1972, p. 74). Como veremos mais detalhadamente no capítulo seguinte, salvo a questão da participação da comunidade, as demais recomendações mencionadas acima estarão presentes tanto no projeto de lei para a criação do SNS, elaborado pelo Ministério da Saúde em 1973, como na Lei 6.229 de 17 de julho de 1975, que instituiu o SNS brasileiro, fornecendo indícios do alinhamento das discussões desenvolvidas no país, no âmbito das políticas nacionais de saúde, com o cenário setorial internacional.

No tópico seguinte, “Assistência Médica e Sistemas de Saúde” (OPS/OMS, 1972, p. 75), foram elencadas as principais características dos serviços de saúde dos países latino-americanos: a multiplicidade de instituições públicas e privadas envolvidas e a ausência de coordenação interinstitucional no setor, ocasionando a duplicação de serviços, uma cobertura desigual para diferentes grupos populacionais, o desperdício de recursos e o aumento desnecessário dos custos assistenciais. Essa deficiência do processo gerencial

do setor saúde se manifestaria nas relações com a previdência social, que não participa do processo de planejamento da saúde, organiza serviços médicos de forma autônoma, inclusive em concorrência com serviços semelhantes oferecidos pelos ministérios da saúde, e acrescentou, ainda, outro fator de complexidade, o setor privado da medicina.

Afirma-se no documento que as transformações propostas, visando ao estabelecimento de um sistema de saúde, despertariam resistência em determinados grupos: os que financiam e executam os serviços, e aqueles que fornecem a infraestrutura. Sendo assim, as decisões políticas raramente conseguiriam o apoio necessário para fazer avançar a indispensável harmonização do setor saúde, como base para a ampliação da cobertura, para o uso racional dos recursos e para a avaliação e controle dos resultados. De um modo geral, as instituições de previdência social até aceitariam o planejamento em saúde, a reforma administrativa do setor e a universalização da cobertura, mas desde que todo o sistema fosse desenvolvido dentro dos moldes previdenciários. Por seu turno, o setor privado da saúde, apesar dos frequentes subsídios fiscais, procura defender a sua sobrevivência e autonomia de todas as formas. Verifica-se então que, embora em termos conceituais, técnicos e epistemológicos, a noção de “sistema de saúde” tenha se estabelecido, decorrente de um processo histórico razoavelmente cumulativo, no momento de sua formulação e implantação, está sujeito às significativas influências dos interesses político-institucionais.

Por fim, o documento, cujo conteúdo mencionado impressiona pela semelhança com a realidade brasileira do período, coloca a dificuldade dos países em dispor de financiamento para um sistema de saúde eficaz e abrangente, situando o problema como mais grave nos países com economias predominantemente rurais, onde grandes grupos populacionais são incapazes de contribuir para o financiamento dos seus cuidados de saúde.

A seguir, na XXVI Assembleia Mundial da Saúde (1973), no tópico “Estudo Organizacional sobre Métodos de Promoção do Desenvolvimento de

Serviços Básicos de Saúde”, houve o reconhecimento da prioridade dessas ações pela OMS, para a próxima década, com as seguintes orientações:

RECOMENDA ao diretor-geral que a organização deve:

(1) concentrar-se em **programas específicos que ajudarão os países no desenvolvimento de seus sistemas de saúde para suas populações inteiras**, ênfase especial deve ser colocada em atender às necessidades dessas populações, que têm serviços de saúde claramente insuficientes;

(2) melhorar a sua capacidade de ajudar as administrações nacionais a analisar os seus sistemas de prestação de serviços de saúde através de projetos de pesquisa organizados com o objetivo de **aumentar a sua eficiência e eficácia**;

(3) projetar os seus programas a fim de incentivar os Estados-Membros a desenvolverem uma forte vontade nacional de empreender ações intensivas para lidar com os seus problemas de atenção à saúde de longo e de curto prazo, de uma forma concebida para o **desenvolvimento ordenado dos serviços de saúde**, disponibilizando e concentrando os recursos da OMS nesses Estados-Membros, de acordo com demanda por assistência;

(4) desenvolver **métodos de gestão adequados às necessidades de serviços de saúde** e ajudar os países a desenvolverem sua capacidade nacional de aplicação destes métodos;

(5) incentivar e participar na reunião e coordenação de **recursos locais, nacionais, internacionais e bilaterais para o aprofundamento dos objetivos dos sistemas nacionais de saúde** (OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1973, anexo I, p. 1-2, tradução livre, grifo nosso).

Foram então, em âmbito internacional, assentadas as principais premissas para a organização de sistemas de saúde: o formato de sistemas nacionais, a universalidade da cobertura, a descentralização, a participação da população, a hierarquização e integração de todos serviços de saúde, incluindo os previdenciários. Conforme dito anteriormente, em diálogo com essas ideias, estaria sendo elaborado, nesse mesmo período, o primeiro sistema de saúde em âmbito nacional do Brasil, no qual é possível observar a presença de boa parte dos princípios listados, o que será melhor analisado no próximo (e último) capítulo.

4.3 A medicina social e a gênese do movimento sanitário brasileiro: a saúde como uma questão social e política

No Brasil, em um contexto marcado pelo recrudescimento das forças repressivas por parte de um Estado autoritário, instaurado em 1964, chega-se à década de 70 com um cenário pautado pelo aumento das desigualdades sociais, piora das condições de vida de boa parte da população e importantes problemas na saúde pública, em uma conjuntura de crise econômica e de ascensão dos movimentos sociais envolvendo a classe trabalhadora, setores populares, intelectuais e profissionais da classe média. Os resultados das eleições de novembro de 1974, com a canalização dos votos para o MDB (partido de oposição ao regime), que conseguiu eleger 16 senadores contra 6 da ARENA (partido do regime), demonstraram que a classe média e os setores mais empobrecidos da população haviam retirado seu apoio ao governo militar (CHIAVENATO, 1994).

Como visto anteriormente, no setor da saúde, o período que antecedeu a criação do Sistema Nacional de Saúde apresentava como características gerais o predomínio financeiro e político das instituições previdenciárias, o afastamento dos trabalhadores dos processos decisórios e o privilegiamento da compra de serviços em saúde ao mercado privado. A saúde pública, de responsabilidade do Ministério da Saúde, encontrava-se relegada ao segundo plano pelo regime militar, o que pode ser verificado pela queda da participação da pasta da saúde no orçamento total da União de 2,21% para 1,40%, entre 1968 e 1972 (BRAGA; PAULA, 1986), tendo reduzida a sua capacidade de atuação, na qual ainda predominavam as habituais campanhas de saúde verticais e isoladas (GIOVANELLA, 2012). Nesse cenário, diferentes sujeitos políticos, na academia, nos movimentos estudantil e de renovação médica, e mesmo na burocracia governamental, apresentam suas distintas visões sobre a crise da saúde e as medidas necessárias para superá-la, e nesse sentido foi-se construindo um campo de saber e de práticas inovadoras na área da saúde (SCOREL, 1999; PAIM, 2008; OSMO; SCHRAIBER, 2015).

No final da década de 60 e início de 70, tem início uma movimentação entre os estudantes, principalmente aqueles que não optaram pela luta armada contra a ditadura, de buscar outras formas de se vincularem à população e seus problemas, levando para seus espaços de discussão, nas faculdades, os temas sobre a realidade social daquele período. Muitos defendiam a tese de que era necessário um trabalho alternativo, paralelo ao sistema oficial, já que este se mostrava ineficiente dentro do contexto do regime militar. Outros acreditavam que era possível a formação de profissionais que se tornassem sensíveis às condições de vida da população e viessem a transformar a forma pela qual estava estruturado o esquema de atenção do país, que historicamente atendia apenas os setores e interesses da classe dominante (ESCOREL, 1999).

Nesse contexto, a construção teórico-ideológica da medicina preventiva foi questionada no sentido de não ter sido capaz de produzir conhecimento sobre os reais motivos da crise no setor de saúde e nem de gerar uma prática política que levasse às mudanças necessárias, uma vez que não incluía os determinantes sociais, associados ao modo de produção capitalista (AROUCA, 1975). Consequentemente, apesar de propor um movimento de mudança, a medicina preventiva não teria suscitado alterações significativas nas estruturas da prática médica e da organização da assistência existentes e, diante disso, teve início um processo de revisão crítica da teoria até então utilizada para analisar o campo da saúde, inspirada na Medicina Social desenvolvida na Europa, em meados do século XIX⁴⁵.

Na visão de Escorel (1999), havia também, dentro do próprio movimento preventivista, divergências sobre o melhor modelo ideológico entre os sanitaristas tradicionais, que seguiam as práticas do modelo clássico de formação de sanitaristas, com orientação funcionalista e atuação vertical por campanhas, e os racionalizadores, que mantinham uma visão positivista das questões de saúde, mas defendiam a universalização da assistência e a

⁴⁵ Segundo Nunes (1994), o conceito Medicina Social teria surgido em 1848, no contexto dos grandes movimentos revolucionários ocorridos na Europa, e buscava assinalar que a doença estava relacionada com as questões sociais e que o Estado deveria intervir ativamente na solução desses problemas no campo da saúde.

racionalização dos custos, favorecendo as condições para a construção de um caminho alternativo: o surgimento e desenvolvimento da teoria social da medicina.

Em 1971, com o apoio da OPAS, através de Juan César Garcia⁴⁶, e apesar do conturbado cenário político do regime militar, foi criado o Instituto de Medicina Social (IMS), como uma unidade acadêmica independente da Faculdade de Medicina da Universidade do Estado da Guanabara (UEG, atual Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ). Com a entrada de novos professores no Instituto e o fomento da Fundação Kellogg, da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), foi criado a seguir, em 1974, o programa de Mestrado em Medicina Social (CORDEIRO, 2004). Nos cursos de pós-graduação do IMS se formaram vários sanitaristas que desempenharam importantes papéis no movimento pela reforma sanitária, nos anos que se seguiram. A partir desses dois marcos, a medicina social institucionaliza seu campo de saber no país.

Esse cenário nacional, novamente, apresenta conexões com as ideias que circulavam internacionalmente. Em 1972, durante o Seminário sobre o Ensino das Ciências Sociais aplicadas à Medicina, patrocinado pela OPAS e realizado em Cuenca, Equador, os 11 países participantes criticaram o positivismo por julgarem ser insuficiente para analisar os problemas de saúde e encaminharam um projeto de revisão bibliográfica com o objetivo de produzir uma nova abordagem teórico-metodológica da medicina preventiva e social na América Latina, que relacionasse os processos de saúde com a estrutura social.

⁴⁶ Juan César García (1932-1984), médico e sociólogo argentino cujo pensamento se situou principalmente em dois campos que marcaram sua produção: a medicina social e as ciências sociais. Fez parte do quadro de OPAS, em Washington DC, Estados Unidos, de 1966 até o seu falecimento em 1984. Seu primeiro posto de trabalho na Organização foi no Departamento de Recursos Humanos, onde ele assumiu o encargo de realizar um estudo sobre o ensino da Medicina Social e Preventiva na América Latina, que viria a se tornar o mais importante estudo sobre a educação médica na região. Foi responsável pela organização de diversos seminários e reuniões nessas temáticas, com destaque para dois realizados em Cuenca, Equador, em 1972 e 1983, pelas suas repercussões no campo das Ciências Sociais. Também teve papel fundamental no encaminhamento da organização dos primeiros cursos de pós-graduação em medicina social no México, em 1973, e no Rio de Janeiro, em 1974 (NUNES; GARCÍA, 1989).

Novos marcos teóricos e metodológicos são elaborados, originados também das pesquisas e dos projetos de reformulação das práticas médicas, substituindo o modelo da história natural da doença e da multicausalidade pelo conceito de determinação e pela abordagem médico-social, caracterizada por levar em conta o caráter político da área da saúde (OSMO; SCHRAIBER, 2015). Merece destaque a atuação de Juan César García, como pensador inovador e articulador de grupos e instituições que, a partir de sua posição na OPAS, trouxe contribuições importantes para repensar o social em saúde e adequá-lo às difíceis e desiguais realidades do continente latino-americano (NUNES, 2013; OSMO; SCHRAIBER, 2015). Nesse sentido, afirma García:

As consequências teóricas dessa integração são que a sociologia médica, entendida como aplicação da análise funcionalista aos problemas de saúde, contribui para uma concepção estática desses problemas, e uma descrição formalista de tais problemas e outras esferas dos processos produtivos em geral. Nestas condições a saúde aparece como um valor, como uma função e como um serviço com vida autônoma dentro de qualquer sociedade, impedindo entender as relações dinâmicas entre a saúde e outras esferas do processo social (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD, 1974, p. 356, tradução livre).

No Brasil, ainda nesse período, dois trabalhos são considerados fundamentais pela abordagem crítica das questões de saúde e seu contexto social: O Dilema Preventivista, tese de doutoramento de Sergio Arouca (1975), e o livro Medicina e Sociedade, de Cecília Donnangelo (1975). Em 1974, Sérgio Arouca elaborou sua tese com o objetivo de fazer uma crítica à concepção liberal e individualista que dava sustentação à medicina preventiva brasileira, expondo suas limitações e discutindo uma nova construção teórica, tendo a abordagem histórica como caminho fundamental e colocando o campo da saúde pública no interior dos conflitos sociais. Por seu turno, em seu livro, Cecília Donnangelo discute as relações entre medicina, saúde e sociedade no que tange às modalidades do trabalho médico, ou seja, como as formas pelas quais o médico, enquanto trabalhador especializado, participa do mercado e se relaciona com o conjunto de meios de produção de serviços de saúde. Com ênfase no modo de produção capitalista, Donnangelo denuncia o fim da ideologia liberalizante da prática médica frente ao crescente assalariamento da

categoria (NUNES, 2008), o que se pode verificar a partir do notório poder político e financeiro da Previdência Social, que passa a organizar o setor de saúde no país.

Segundo Ribeiro (1991), esse processo de reordenação da organização social da prática médica também teria repercutido nas escolas médicas, aproximando professores e estudantes, em sua maioria de posição política de esquerda, e estimulando o surgimento de espaços de reflexão e elaboração de modelos alternativos de atenção em saúde, na busca de uma nova abordagem da problemática sanitária brasileira, na interface entre os Departamentos de Medicina Preventiva, Medicina Social e o campo institucionalizado da Saúde Pública. Do ponto de vista de alguns autores (SCOREL, 1999; PAIM, 2008), coexistiam então, em meados dos anos 70, três diferentes correntes de pensamento aplicadas ao campo da saúde no país: o preventivismo, que se alinhava à teoria da medicina preventiva, onde o “social” fazia parte de um conjunto de atributos pessoais tais como educação, renda, ocupação, etc. e prevalecia o modelo teórico da história natural das doenças; o segmento racionalizador, que incorporou o discurso difundido pela Organização Pan-americana da Saúde de medicina comunitária⁴⁷, extensão de cobertura, integração docente-assistencial e racionalização (PIRES-ALVES; PAIVA, 2006), no qual o “social” representava um coletivo de indivíduos; e por fim, a abordagem médico-social, um campo estruturado de práticas sociais na saúde, no qual o médico sanitário desempenharia papel fundamental para a transformação pretendida.

Observa-se então que, em pleno momento de formulação de um sistema nacional de saúde para o país, o setor de saúde encontrava-se permeado por diferentes ideias, algumas das quais serão absorvidas, outras adiadas, de acordo com os ajustes e negociações entre os atores e seus interesses, e as regras do jogo político-institucional. Como veremos no próximo capítulo, o SNS, instituído em 1975, trará em sua concepção um certo sincretismo entre

⁴⁷ De acordo com o êxito de experiências como as relatadas no livro da OMS/OPS - Saúde para o Povo (NEWELL, 1975), era fundamental que a população participasse de forma mais ativa nos programas em nível local.

antigas e novas propostas: por um lado, ele absorverá conceitos da medicina preventiva como meio de racionalizar e expandir a cobertura assistencial para toda a população, com ênfase nas medidas preventivas de atenção à saúde, rumo à hierarquização de serviços, e por outro lado, a compreensão da saúde enquanto parte do processo social, enfoque da Medicina Social, também estará inserida na forma como se dará a organização do SNS em seu contexto mais amplo, assumindo-se o sistema político de saúde como parte do contexto social e ambos como um subsistema do sistema político global, ou seja, uma perspectiva política da organização da saúde pública, articulando-se com as políticas de desenvolvimento social do governo, através do Conselho de Desenvolvimento Social.

Paralelamente, neste período, emerge também na sociedade um processo de discussão com ênfase nas questões sociais, que passaram a ser motivo de preocupação por parte dos principais gestores das políticas econômicas e sociais do país. A partir de 1974, durante os anos do governo Geisel, ocorre uma gradual abertura política, durante a qual emergem diferentes movimentos sociais e as reivindicações por serviços e ações de saúde passam a integrar com mais destaque a pauta de demandas. Nesse cenário, o movimento transformador na área da saúde, mais conhecido como Reforma Sanitária, foi tomando forma (LIMA, 2002).

No Brasil, o termo Reforma Sanitária, usado pela primeira vez em função da reforma sanitária italiana (BERLINGUER; CAMPOS; TEIXEIRA, 1988), vem sendo associado à ideia de movimento, que significa processo, fenômeno dinâmico e inacabado (COHN, 1989). Segundo Teixeira (1989, p. 39), o conceito de reforma sanitária se refere a:

“... um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado.

Paim (2008) critica esse conceito por entender que ele reduz o movimento a uma reforma meramente institucional que não contempla as demais reformas

setoriais e nem a apropriação do saber em saúde pela população, privilegiando a dimensão política (“efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares”) em detrimento da sanitária. Para ele:

O conceito de Reforma Sanitária tem, todavia, um sentido “forte”: trata-se de conceber e fazer da saúde o fundamento revolucionário de uma transformação setorial, com ressonâncias estruturais sobre o conjunto social (DAMASO, 1989; apud PAIM, 2008, p. 73).

As narrativas em torno do movimento pela reforma sanitária brasileira localizam sua origem no contexto da segunda metade dos anos 1970 (ESCOREL, 1999; PAIM, 2008; RODRIGUEZ NETO, 1997), ou seja, no contexto de implantação do SNS, e possivelmente até tensionado por este. No seu início, o movimento pela reforma sanitária não tinha uma denominação específica e era composto por diferentes atores da sociedade: a categoria médica, as associações médicas, o Movimento Popular em Saúde (MOPS), os partidos de esquerda (então na clandestinidade), a Igreja (por meio das comunidades eclesiais de base), estudantes, professores universitários e intelectuais, com suas respectivas ideias e propostas transformadoras para o campo da saúde, uma vez que já havia naquela época, conforme já descrito, um acúmulo significativo de conhecimento sobre a questão (MENICUCCI, 2014).

Segundo Baptista (2005), essa série de núcleos passaram, aos poucos, a compartilhar de uma visão e uma linha de atuação que culminou por tomar forma como movimento sanitário. Em comum, a concepção política e ideológica do movimento sanitário brasileiro, corroborando os princípios sustentados pela Medicina Social, defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público, e sendo assim, buscavam aproximar as decisões relativas à política saúde, tradicionalmente reservadas ao Estado, dos destinatários das mesmas. Diante da ressignificação do processo saúde-doença ocorrido nas duas décadas antecedentes, se fez necessário um novo olhar para a prática médica, mas também para as políticas, o planejamento, os recursos humanos e a organização dos serviços de saúde.

Em seu livro intitulado “Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário”, Escorel (1999) defende que a origem acadêmica do movimento sanitário, a partir dos contatos entre os seus integrantes, constituiu-se em uma rede com a conseqüente difusão do pensamento, de práticas, conceitos e estratégias, e conclui que a principal transformação ocorrida durante a “conjuntura Geisel” teria se caracterizado por uma mudança na arena política da saúde, uma vez que agregou diversos segmentos da sociedade civil que começaram a questionar explicitamente a política setorial, e não por governos, partidos políticos ou organizações internacionais. Também nesse sentido, assinala Gerschman (2004, p. 249):

A escolha teórica dos movimentos sociais em saúde no processo de reformulação e implementação das políticas de saúde teve a pretensão de deslocar o foco de análise da política de saúde, enquanto política social, da esfera do Estado como lugar privilegiado para se pensar a política pública.

O movimento passou por diferentes fases e questionamentos de seus integrantes, precisando lidar com os conflitos e tensões existentes em seu interior, em diversos níveis, mas principalmente pela oscilação entre o “externo” e o “interno”, ou seja, se o movimento deveria se dirigir politicamente para inserção e atuação nas instituições governamentais ou manter-se atuante na sociedade civil (GERSCHMAN, 2004). Segundo alguns autores (AROUCA, 1975; RODRIGUEZ NETO, 1997; ESCOREL, 1999; PAIM, 2008; SILVA, 2012), diante dos fundamentos teóricos e das concepções de saúde em questão e buscando um relacionamento entre a produção do conhecimento e a prática política, o braço acadêmico, desempenhado pelos departamentos de medicina preventiva e social e pelas escolas de saúde pública ou equivalentes, optou pelas políticas públicas como campo privilegiado de atuação. Sendo assim, o movimento sanitário teria começado a se articular, encontrando seus limites e possibilidades nas inflexões da distribuição do poder no setor saúde e na formação social presente, ampliando o seu campo de ação a partir da penetração na prática dos serviços e da ocupação de espaços político-institucionais nas instituições setoriais, valendo-se da valorização das questões sociais pelo governo naquele momento. Nessa conjuntura, um grupo

de sanitaristas alinhados com as propostas do movimento, teriam logrado penetrar na estrutura estatal:

Dessas novas posições nas agências estatais, esses membros do nascente movimento sanitário brasileiro – orientados ideologicamente à esquerda e favoráveis à prestação estatal de serviços de saúde – procuraram introduzir mudanças progressivas nas bases de organização do sistema de saúde do país (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 21).

Por ocasião do II Plano Nacional de Desenvolvimento (BRASIL, 1974a), surgiram três importantes espaços institucionais para a estruturação do movimento sanitário: o setor de saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (CNRH/IPEA), a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da OPAS (PPREPS/OPAS). Essas três frentes institucionais atuaram como uma rede de sustentação de projetos e de pessoas, financiando pesquisas, contratando profissionais, promovendo a articulação com as secretarias estaduais de saúde, elaborando propostas alternativas de desenvolvimento de recursos humanos e de organização dos serviços de saúde (SCOREL, 1999).

Nesse sentido, Santos (1995) afirma que, ainda na primeira metade da década de 70, ocorreram iniciativas inovadoras que funcionaram como “experiências-piloto de implantação de serviços de saúde” (1995, p. 34), ou seja, modelos organizacionais de atenção à saúde, em alguns municípios e distritos sanitários no Brasil (Nova Iguaçu - RJ, Londrina – PR, Paulínea – SP, Vitória de Santo Antão – PE, Vale do Ribeira – SP), mediante a articulação entre a universidade, os serviços e a comunidade, com destaque para o Projeto Montes Claros, pela sua repercussão. O Projeto Montes Claros (PMC), criado em 1975 e alocado em Minas Gerais, funcionou como uma aplicação regional de um modelo alternativo de organização dos serviços de saúde e no qual foram experimentados os princípios defendidos pelo movimento sanitário de universalização, regionalização, hierarquização, administração democrática, integralidade da assistência e participação comunitária (TEIXEIRA, 1995). Esses projetos materializavam conceitos em experiências práticas e mostravam ser possível um novo modelo organizacional na saúde, sendo parte dessas

premissas incorporadas também na formulação do SNS, como a descentralização, regionalização, hierarquização e coordenação dos serviços.

Embora criados cronologicamente após o SNS, mas configurando a institucionalização de ideias dos grupos progressistas da saúde, presentes no seu contexto de formulação, merece destaque o importante papel do CEBES (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, criada em 1976) e da ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, criada em 1979), considerados “intelectuais coletivos do movimento sanitário brasileiro” (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 63; PAIM, 2008, p. 79), os quais atuaram como interlocutores políticos nas arenas de discussão e formulação de políticas de saúde deste período. Essas duas instituições também serviram de veículos para críticas ao recém-criado SNS, apontando suas contradições e cobrando sua efetiva regulamentação e implantação.

Ainda que o “nascimento” do SNS seja praticamente concomitante ao do movimento sanitário, é coerente pensar que seu processo de elaboração tenha apresentado interfaces com as discussões entre os diversos atores desse período, alguns dos quais buscaram produzir modificações no padrão assistencial brasileiro a partir de suas posições políticas, inseridos ou não na estrutura governamental, pela incorporação de inovações e/ou pela consolidação de antigas demandas. Neste sentido, merece destaque a atuação de figuras importantes como Hésio Cordeiro⁴⁸, Carlos Gentile de Mello, Nildo

⁴⁸ Hésio Cordeiro de Albuquerque, médico formado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), teve destaque como um importante crítico das condições da prática médica vigente e do sistema de saúde excludente. Em 1969 viajou aos Estados Unidos como bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para realizar cursos e visitas técnicas a escolas de medicina preventiva, e nesta oportunidade conheceu Juan Cesar Garcia, cujas ideias lhe influenciaram. Hésio foi professor de Medicina Preventiva e Social no IMS, com destaque para as áreas temáticas de política e instituições de saúde, assistência médica no âmbito da previdência social, política de medicamentos e tecnologia médica. Como pesquisador, dedicou-se à análise da organização da assistência médica, com ênfase nas políticas de saúde da Previdência Social brasileira, estudos sobre política de medicamentos, avaliação de serviços de saúde e estudos epidemiológicos relativos à determinação social das doenças. Entre 1971 e 1978 colaborou com a OPAS através de consultorias e assessorias de curto prazo, também nos campos da organização dos serviços de saúde, política de saúde e de medicamentos e educação médica, visitando e atuando em diversos países da América Latina (“Hésio Cordeiro - Base Arch”, [s.d.]).

Aguiar⁴⁹ e Murilo Villela Bastos⁵⁰, cujas ideias sobre o papel do Estado na organização da assistência, a democratização da saúde, entre outras, estiveram envolvidas, em variados graus, com o processo de formulação, implantação e posterior contestação ao SNS, como veremos no capítulo seguinte. Como descrito anteriormente, ideias são consideradas importantes motores de mudanças por alguns institucionalistas históricos e, conforme ganham legitimidade, tendem a se institucionalizar no cenário político (SKOCPOL, 1985). Em meio às contradições e conflitos observados no campo da saúde pública, onde diferentes visões sobre modelagem e organização da assistência entram em cena, tem-se como pano de fundo um abrandamento do regime militar e um projeto de governo que confere prioridade ao setor social, servindo de matriz, mas também de filtro, para importantes mudanças na área da saúde, entre elas a criação do SNS.

4.4 A preponderância da Previdência Social e a expansão do setor privado no cenário das políticas de saúde

No campo institucional da saúde, em 1966, houve a unificação das instituições previdenciárias no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), no bojo da reforma administrativa da máquina estatal, em mais um processo centralizador do Estado. Nos anos seguintes ocorreu uma progressiva incorporação das demais categorias de trabalhadores no sistema médico-assistencial previdenciário até que, em 1974, mesmo os trabalhadores não segurados (mercado informal) foram contemplados, em consonância com as

⁴⁹ Nildo Eimar de Almeida Aguiar era médico sanitário e foi considerado um dos precursores da Reforma Sanitária, junto com Carlos Gentile de Mello. Foi diretor do Hospital de Ipanema (1966-1978) e defensor da integração entre os serviços públicos de saúde e os hospitais universitários de ensino (PEREIRA, 1980, p. 59).

⁵⁰ Murilo Villela Bastos foi médico do IAPC, cursou Administração Pública pela Fundação Getúlio Vargas e foi professor de fundamentos socioeconômicos da saúde na década de 50; nos anos 60, foi presidente da Associação Brasileira de Hospitais e membro do Conselho de Medicina e Previdência Social, representando o Ministério da Saúde; nos anos 70 foi representante da Previdência Social do Brasil em um grupo de estudos da Organização Pan-Americana da Saúde e representante do Brasil em um grupo de estudos sobre planejamento da saúde no mundo. Na época de criação do SNS (1975), Murilo foi assessor de Estudos Especiais do Ministério da Previdência e Assistência Social, estando diretamente envolvido na elaboração de um trabalho que deu origem à Lei 6.229 (BASTOS, 2004b).

ideias difundidas por organismos internacionais e pelo próprio movimento sanitário de expansão da cobertura assistencial, abandonando o modelo de seguro social, conforme assinala Aguiar (2004b, p. 9):

(...) o estudo da evolução da medicina previdenciária revela que com a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, de [19]67, e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social, começou em caráter definitivo o crescimento em escala significativa de um programa de proteção e recuperação da saúde, de tal forma abrangente, que desde logo foi possível vislumbrar a sua universalização.

Com a crescente absorção de faixas da população coberta em direção a um modelo de cidadania universal (seguridade social), porém tendo sido mantido um regime financeiro baseado no modelo de relação contratual, a crise financeira da previdência se aprofundou ainda mais. Além disso, a grande demanda por assistência gerou uma pressão muito grande sobre as unidades de saúde do INPS, que não apresentavam condições de atender de imediato na rede própria previdenciária. Foi assim que, com o argumento de aplicar a agilidade e racionalidade necessárias para a ampliação da cobertura, a medicina praticada nesse período, de cunho individual e curativo, teve como prioridade a contratação de mão de obra e estrutura terceirizadas a partir do setor privado, que foi progressivamente se capitalizando e crescendo, demonstrando o importante papel que o Estado passou a exercer na organização da assistência médica, contemplando não somente os interesses de grupos internos, como também internacionais, através da compra de medicamentos e equipamentos em saúde (principalmente hospitalares). A opção pela compra de serviços privados se insere no contexto político pós-64, quando o Estado estabelece um modelo de relacionamento com a sociedade no qual ocorre uma política de centralização e privilegiamento do produtor privado, em detrimento do setor público, conforme se observa na Constituição Federal de 1967, artigo nº 170:

Às empresas privadas compete, preferencialmente, com o estímulo e o apoio do Estado, organizar e explorar as atividades econômicas.

§ 1º Apenas em caráter suplementar da iniciativa privada o Estado organizará e explorará diretamente a atividade econômica (BRASIL, 1967b).

Segundo Tomacheski (2007, p. 80), embora o projeto político do regime militar pudesse ser considerado, em muitos aspectos, nacionalista e estatizante, ele não defendia a estatização dos meios de produção. Deste modo, para os técnicos do novo regime, era mais vantajoso incentivar o setor privado, sob o controle do Estado, o que refletia mais uma “afinidade” de interesses entre aquele setor e a burocracia estatal, do que necessariamente uma privatização do social.

Nesse sentido, um marco importante na discussão organizacional da saúde a partir do privilegiamento do setor privado veio do próprio Ministro da Saúde, Leonel Tavares Miranda de Albuquerque, que no mesmo ano anunciou a intenção de introduzir transformações radicais no sistema de saúde, apresentadas em 1968, no Plano Nacional de Saúde, logo batizado de “Plano Leonel Miranda”. Embora atribuísse a responsabilidade da atenção à saúde ao Poder Público, as propostas consistiam basicamente na total privatização do sistema de saúde, a partir do arrendamento dos hospitais governamentais à iniciativa privada, implantação do regime de livre escolha do médico e do hospital pelo paciente, cabendo ao Estado o papel de principal financiador dos serviços privados, mas contando com a participação compulsória, direta e imediata do usuário no custeio parcial dos serviços. Esse plano foi implantado experimentalmente em algumas localidades, recebeu alguns aplausos, mas enfrentou inúmeras manifestações de protesto e repúdio, inclusive do próprio corpo técnico (principalmente dos defensores do fortalecimento da rede própria) da previdência social. Além de desconsiderar e subverter legislações prévias importantes do próprio Ministério da Saúde, como as diretrizes de Política Nacional de Saúde, de 1967, e de outros órgãos, como a Lei da Reforma Administrativa (Decreto Lei 200, de 25/2/1967), o Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social - Saúde e Saneamento, de 1966, e o Programa Estratégico de Desenvolvimento - 1968-1970, também de 1968, elaborados pelo Ministério do Planejamento, o plano contrariava o debate propiciado por organismos internacionais sobre as relações entre saúde e desenvolvimento, o qual reconhecia a saúde como um dos componentes do desenvolvimento econômico e do progresso social, mas ao mesmo tempo, apresentava-a como um direito humano fundamental e uma responsabilidade

governamental inalienável (ALMEIDA, 2006; PAIM, 2006; GIOVANELLA, 2012). Sendo assim, embora houvesse uma nítida aproximação do Estado com os interesses do setor privado, seu fortalecimento no setor de saúde não se daria nesse formato, mas sim sob outra lógica, como será demonstrado a seguir.

O modelo organizacional da assistência médica previdenciária era composto pelo “conjunto de atividades médico-assistenciais desenvolvidas pelo sistema próprio e pelo sistema contratado da Previdência Social” compondo então o “complexo previdenciário” (POSSAS, 1981, p. 247). Este “complexo” contava com três sistemas diferenciados no que se refere à natureza jurídica e forma de articulação entre o setor público e o privado: o sistema próprio, o contratado e o conveniado. O sistema próprio era constituído pelos postos de assistência médica e hospitais do INPS que, embora em menor número, se caracterizavam por serem hospitais de maior porte e melhor equipados, e que, portanto, assumiam os tratamentos mais graves, duradouros e caros, resultando em um custo operacional elevado, alvo de frequentes críticas daqueles que defendiam a contratação de hospitais privados para redução de custos. O sistema contratado era formado pela rede de serviços privados: casas de saúde e hospitais, correspondiam a mais de 80% dos estabelecimentos do complexo, e eram remunerados na base de Unidades de Serviço, um fator de difícil controle diante da prática frequente de multiplicação e desdobramento de atos médicos e da preferência por intervenções mais caras, como forma de ampliar o faturamento. O sistema conveniado consistia em uma forma de articulação da Previdência Social com empresas na qual, mediante um subsídio recebido por funcionário, a empresa assumia a responsabilidade pela assistência médica de seus empregados, desobrigando o INPS da prestação direta desses serviços. Na maioria dos casos, ao invés de prover diretamente os serviços médicos, a empresa comprava os serviços de empresas médicas conhecidas como “medicina de grupo”, o que favoreceu a expansão também desse setor (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985; MENICUCCI, 2007).

Pelo exposto é possível constatar que houve uma contradição dessa política pública: ao mesmo tempo em se buscou uniformizar a assistência médica a partir da unificação dos IAPs no INPS e ampliar a cobertura previdenciária rumo à universalização, foi favorecida a segmentação da clientela, a partir da vinculação da política de assistência à saúde com a relação contratual de trabalho, privilegiando os trabalhadores assalariados. Como seria de esperar, esse grupo não envidará esforços para modificar essa situação, sendo improvável ou incipiente uma organização coletiva a favor da valorização da saúde pública. Diante da carência de recursos e de pressões políticas, diminui o investimento na medicina pública, coletiva e preventiva, evidenciado pelo orçamento precário e declinante destinado ao Ministério da Saúde⁵¹, ainda que tenha se tornado o órgão responsável pela formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde, em âmbito nacional e regional, conforme Decreto Lei nº 200 de 25 de fevereiro de 1967 (BRASIL, 1967a).

No sistema previdenciário, o cenário é outro: autofinanciável e de grande impacto na política social, ao absorver um número cada vez maior de assalariados como contribuintes compulsórios, a previdência social passa a mobilizar um volume crescente de recursos. Sendo assim, esta nova instituição, o INPS, tem importante papel na configuração que vai se constituindo na saúde, uma vez que se torna o grande comprador e regulador de serviços médicos do setor privado, o qual, diante do grande afluxo de capital em condições muito favoráveis, se expande progressivamente, assim como avançam a indústria farmacêutica e as importações brasileiras de equipamentos médicos (BRAGA; PAULA, 1986). Isso dificilmente aconteceria de forma independente à ação do Estado, pois os baixos níveis salariais da população e o grande aumento dos custos da assistência médica inviabilizariam a compra direta de serviços médicos pela maior parte da população brasileira. Conforme assinala Murilo Villela Bastos, em entrevista concedida à Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz

⁵¹ Ao passo que em 1968 a participação do orçamento do Ministério da Saúde no orçamento global da União era da ordem de 2,21%, em 1972 já passa para 1,40%, em 1973 para 0,91%, atingindo apenas 0,90% em 1974 (BRAGA; PAULA, 1986).

(BASTOS, 2004b), sobre o papel da assistência médica do INPS na formação do complexo médico-hospitalar após 1967:

Bom, eu acho que a importância foi decisiva, porque ninguém fora da Previdência Social no Brasil, manipulava tantos bilhões de cruzeiros, a ponto de fazer essa orientação, digamos, tomar um rumo qualquer. (...). Agora, se a Previdência Social favoreceu essa coisa, veja bem, você ou qualquer um de nós talvez tivesse favorecido, ainda que fosse visceralmente contra, porque não tinha alternativa, simplesmente. Quem é que poderia, a curto prazo, implantar serviços por todo o país simultaneamente, sem ser pelo intermédio da iniciativa privada (BASTOS, 2004b, p. 9–10)?

Na vigência de uma prática médica centrada no hospital, com elevado grau de utilização de equipamentos e medicamentos, cresce a importância da indústria de equipamentos e farmacêutica, cujos insumos eram, em sua maioria, oriundos do mercado internacional, de alto custo, e que reforçavam a dependência nacional em relação ao mercado externo. Segundo Braga (1986), as transformações tecnológicas ocorridas no setor de saúde a partir da Segunda Guerra Mundial teriam assumido as características de uma “Revolução Industrial tardia”. Acompanhando as transformações mais amplas da sociedade capitalista, a produção de serviços de saúde se integraria ao processo de produção e reprodução do capital, ocasionando uma alteração no processo de trabalho médico, que perde seu status de prática “artesanal” (em analogia com o desenvolvimento industrial), individual e com *locus* no consultório, para uma atividade coletiva, especializada, dependente de equipamentos complexos e com privilegiamento do ambiente hospitalar (MENICUCCI, 2007). Na visão de Oliveira e Teixeira (1985, p. 214), esses movimentos resultaram em uma integração ampliada entre o Estado, empresas médicas e industriais:

O desenvolvimento tecnológico na área de saúde, com a crescente especialização da medicina, passou a exigir altos investimentos de capital, além de uma forma de cooperação no processo do trabalho médico, inviabilizando a prática médica liberal nas suas formas tradicionais. A produção dos serviços de saúde vai, em todos os países, encontrar novas formas de organização. Quer através da socialização da produção desses serviços, que pelo seu empresariamento em moldes capitalistas, ou em formas de associação entre Estado e empresariado, certo é que a produção liberal vai

sendo suplantada. Em qualquer delas, o assalariamento do médico é uma tendência irrevogável.

Em seu já mencionado livro, Donnangelo (1975) também sinaliza a crescente tendência de assalariamento da categoria, tomando como ponto de partida a atuação do Estado e do avanço do capitalismo no Brasil, o surgimento das empresas médicas e o Estado a garantir-lhes o mercado. Sendo assim, o fortalecimento do setor privado de saúde resultou em mais um ator com importante capacidade de pressão política, capaz de influenciar as políticas públicas setoriais de modo a defender os seus interesses, e assim irá proceder no que tange à formulação do SNS, como será demonstrado no capítulo seguinte.

Ainda assim, apesar dessa política contribuir para a sua expansão, o setor privado mostrava resistências diante de sua crescente subordinação ao Estado, particularmente no aspecto do controle de preços dos serviços médicos, acusando o governo de querer “estatizar” a medicina. Não coincidentemente, é nesse período, que são criados dois importantes órgãos de representação da categoria: a Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), em 1965, e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), em 1966. Embora criada em 1951, é a partir de 1964 que a Associação Médica Brasileira (AMB) apresenta maior presença política na saúde, quando assume posição contrária à intervenção ampliada do Estado na assistência médica, unindo interesses com a FBH no sentido de pressionar o governo a favorecer seus interesses na ampliação da compra de serviços, com o mínimo de interferência do Poder Público (LUZ, 2014). Esses órgãos atuavam de duas formas principais: a partir de pressão direta sobre os ministros e pela presença de seus representantes em postos-chave da administração previdenciária e outros cargos da esfera pública responsáveis pela política de saúde no país, o que explica a capacidade de ação desses atores mesmo na vigência de um poder Executivo muito fortalecido (MENICUCCI, 2007). Essa forma de articulação de interesses entre a burocracia pública e a privada, que prevaleceu durante o regime militar, ficou conhecida pela expressão de “anéis burocráticos” (CARDOSO, 1979).

Chegando a meados da década de 70, o país se depara com a crise internacional do petróleo, aprofundando a crise econômica existente, decorrente do modelo voltado para o mercado externo, e política, caracterizada por forte insatisfação, tanto das classes dominantes como da trabalhista. Em uma tentativa de aliviar as tensões e alcançar um novo equilíbrio, o regime autoritário inicia um processo de “afrouxamento” com a posse do Presidente Geisel, que assume o governo apresentando um discurso de priorização das questões sociais, como explicitado na diferença entre o I PND e o II PND. Nesse contexto, é promulgada a lei 6.036 de 1 de maio de 1974, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) a partir de sua separação do Ministério do Trabalho e Previdência Social, fato que, conforme assinala Luz (2014, p. 187), evidencia a relevância que esta instituição adquire no período:

(...) entre 68 – 74 não só se acentua a dicotomia já existente no Setor Saúde entre Saúde Pública (centrada no Ministério da Saúde e seus órgãos) e Atenção Médica (centralizada doravante no INPS) como esta cresce progressivamente em importância na política de saúde – em detrimento do Ministério da Saúde, que se vê esvaziado de reais funções de Política de Saúde para se confinar a funções burocrático-normativas. O ápice desta predominância é 1974, com a criação e organização do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que tem como órgão hegemônico o INPS.

Nesse período, foram promulgadas leis que expandiram a cobertura assistencial para outros grupos, como os idosos, os trabalhadores rurais e as gestantes. Como medida de suporte para atender essa nova população, ampliam-se os convênios com empresas, estados, municípios e universidades, sendo este último de relevância também para a formação de pessoal para a área de saúde (convênio MEC-INPS) (BRASIL, 1968), em uma clara demonstração do direcionamento para a universalização da assistência, com a participação do setor privado, conforme palavras do próprio Ministro da Previdência e Assistência Social, Luiz Gonzaga do Nascimento e Silva, sobre sua participação na V Convenção Brasileira de Hospitais em Salvador, em 14 de novembro de 1974, durante despacho com o Presidente Geisel (ARQUIVO ERNESTO GEISEL: CPDOC/FGV, 1974):

Em conferência que ali pronunciei a convite dos organizadores do conclave (Federação Brasileira de Hospitais e Associação de Hospitais do Estado da Bahia) expus aos presentes os planos do Ministério da Previdência e Assistência Social com vistas à efetiva prestação de serviços médicos à totalidade da população, ressaltando o papel que, nesses planos, estaria reservado à iniciativa privada.

Como se pode notar até aqui, não são mencionados os trabalhadores como força política de pressão, pois estão completamente afastados das posições de decisão em saúde devido ao Regime Militar, o que mudará gradualmente com a reabertura política que acontece a partir de 1974. Portanto, o caminho para a universalização de cobertura, iniciado com a criação do INPS e a unificação de todos os institutos, não foi o resultado de um movimento dos assalariados em torno da igualdade, os quais inclusive, em muitos casos, viram na unificação a perda de benefícios corporativos e se posicionaram contra ela (MENICUCCI, 2007, p. 71). Pelo mesmo motivo, no que tange à questão organizacional da assistência, os trabalhadores, enquanto atores e grupo de interesse, tiveram pouca oportunidade de expressão, reprimidos pelo regime autoritário.

Desta forma, o processo iniciado nas décadas anteriores se consolida nos anos 70, quando se verifica uma maior complexidade na organização dos serviços de saúde, envolvendo diversos órgãos e ações, mantendo a preponderância da medicina previdenciária. Adicionalmente, esse novo contexto institucional favorece ainda mais o desenho político que vem sendo realizado no setor da saúde, de fortalecimento do mercado privado médico e de insumos (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985; MENICUCCI, 2007; TEIXEIRA; PAIVA, 2018), também exemplificados pela criação do FAS (Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social), da CEME (Central de Medicamentos) e do PPA (Plano de Pronto Ação), como será melhor detalhado adiante. Como afirma Stephanes (1976; apud OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985, p. 260), então presidente do INPS:

Em realidade, existem quatro grandes setores influentes nas decisões em relação à assistência médica: as empresas de prestação de serviços de saúde, a indústria farmacêutica, a indústria de equipamentos e o pessoal das equipes de saúde. Em meio às pressões desses setores, às necessidades da nação e às possibilidades do país, terão que ser estabelecidos os caminhos para a assistência médica, tendo como objetivo a elevação dos níveis de saúde da população. Desconhecer esses campos de força é trabalhar fora da realidade.

Em conclusão ao exposto até aqui, no que tange ao papel da medicina previdenciária e do setor privado no cenário da saúde, temos que (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985; FONSECA, 2007; MENICUCCI, 2007):

- 1- A forma como ocorreu a ativação da ação estatal no campo da assistência pública no Brasil, tendo a previdência social como base, serviu de moldura para a configuração político-institucional que se desenvolveu a seguir;
- 2- A preponderância da Previdência Social, com um modelo de atenção à saúde individual e curativo, em detrimento das ações de caráter coletivo e preventivas do Ministério da Saúde, reflete a dicotomização que se estabeleceu no setor de saúde brasileiro;
- 3- As opções governamentais relativas à assistência à saúde no âmbito previdenciário favoreceram a constituição de uma determinada articulação entre a assistência pública e a privada, com predomínio da expansão do setor privado, contribuindo para o estabelecimento de padrões de interesse e comportamento pelos atores da arena setorial, os quais condicionaram os conflitos políticos posteriores relativos às políticas de saúde, criando trajetórias de difícil de retorno;
- 4- Devido ao baixo desenvolvimento das capacidades estatais para a produção de serviços de saúde compatíveis com a ampliação crescente da cobertura assistencial pública, aumentou a dependência estatal em relação ao setor privado, o que tornou o setor público vulnerável às pressões privadas e restringiu sua capacidade regulatória;

- 5- A progressiva crise financeira da previdência social serviu de argumento e sustentação para a lógica de racionalização do sistema de saúde;
- 6- A expansão da assistência médica pela previdência social a partir da segmentação dos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho em diferentes instituições de saúde (IAPs), e não a partir de objetivos universalistas e igualitários dificultou a constituição de uma efetiva solidariedade e consciência de coletividade entre os trabalhadores, o que se traduziu na ausência de uma sustentação política efetiva em prol de um sistema de saúde unificado, público e universal.

Sendo assim, chegando a meados dos anos 70, previamente à criação do Sistema Nacional de Saúde, é possível reconhecer a amplitude que o sistema previdenciário alcança enquanto política de saúde privilegiada, com o sistema de atenção à saúde funcionando como um *locus* de acumulação e valorização de capital privado, de transformação técnica e social do processo de trabalho dos médicos, que passam a se organizar enquanto grupo de interesses e pressão política, e como local político-ideológico de regulação e centralização pelo Estado. Como veremos no capítulo seguinte, o fortalecimento institucional e político da Previdência, assim como do setor privado da saúde, os tornou agentes influentes nas discussões sobre as questões organizacionais da saúde, buscando preservar seus ganhos e garantir seus interesses futuros.

4.5 As diferentes propostas no interior da Previdência Social e do Ministério da Saúde

É importante assinalar que esses acontecimentos não ocorrem em um cenário político, institucional e ideológico vazio, mas na presença de atores com capacidade diferenciada de pressão, segundo seus interesses, inclusive dentro de uma mesma instituição:

A dinâmica da assistência médica no âmbito da previdência social sob a forma institucional do INPS e tendo como resultado o “complexo previdenciário” vai expressar as regras institucionais definidas e se traduzirá na constituição de diferentes interesses públicos e privados. Esses vão definir o campo de disputas que caracterizarão a arena política da saúde definida a partir das políticas previdenciárias para a assistência. Essas disputas vão se traduzir também em ideias diferenciadas, muitas vezes de caráter polarizado, expressando concepções sobre a saúde e a forma de expandir a assistência. Essas divergências vão estar presentes em toda a trajetória da assistência, e, grosso modo, identificam-se como concepções privatistas ou publicistas sobre a assistência médica (MENICUCCI, 2007, p. 79).

De acordo com alguns autores (SCOREL, 1999; MENICUCCI, 2007), existiam diferentes correntes de pensamento tanto no interior da Previdência Social, como do Ministério da Saúde. Apesar de o período ser caracterizado pelo predomínio de ideias privatizantes no âmbito da burocracia previdenciária (composta também por tecnocratas do antigo IAPI), altamente penetrada pelos interesses dos setores privados, parte desta criticava o modelo assistencial em desenvolvimento e defendia o fortalecimento do setor próprio e a criação de mecanismos mais eficientes de controle do setor privado. Segundo Scorel (1999, p. 51), essas pessoas poderiam ser agrupadas sob a denominação de “publicistas”, no que se refere a uma defesa do fortalecimento do setor público, e eram basicamente representadas, no interior do então INPS, por sanitaristas como Nildo Aguiar, Luís Siqueira Seixas⁵², Murilo Villela Bastos e Reinhold Stephanes⁵³.

⁵² Luís Siqueira Seixas, graduado em Medicina pela Universidade do Brasil, foi assessor-chefe do Ministério do Trabalho e Previdência Social, na gestão do ministro Júlio Barata (1969-1974). Em setembro de 1972 deixou o ministério para assumir a presidência do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), tendo permanecido no cargo até março de 1974 quando, ao final do governo Médici, deixou a presidência do INPS, sendo substituído em caráter interino por Haroldo Moreira até a posse do novo presidente, Reinhold Stephanes, quatro meses depois (“SEIXAS, Luís Siqueira”, [s.d.]). Durante sua gestão houve um efetivo investimento no crescimento da rede própria de hospitais do INPS (principalmente no Rio de Janeiro), que, segundo Aguiar (2004a, p. 12), contrariava a política privatizante da Previdência Social.

⁵³ Reinhold Stephanes, graduado em Ciências Econômicas pela Universidade Federal do Paraná, foi presidente do INPS entre 1974-1979, período no qual empenhou esforços contra a corrupção na contratação e pagamento de serviços médicos privados (como a cobrança de seiscentas mil internações desnecessárias pelas casas de saúde particulares conveniadas com o INPS) e a favor da expansão da rede própria de assistência médica a partir da realização de

Sobre Nildo Aguiar, Pereira informa (1980, p. 59) que era uma “pessoa sabidamente favorável à expansão de serviços médicos próprios da Previdência e contrário às formas de financiamento utilizadas pela Instituição, notadamente a compra de serviços por ato médico”.

Luís Siqueira Seixas, presidente do INPS no período de 1972-74, também era a favor da rede própria na saúde, como é possível ver em seu depoimento abaixo, que consta na publicação de Carlos Gentile de Mello na Revista Paulista de Hospitais, de 1973, intitulada “A política Médico-Assistencial do INPS: doutrina e prática” (MELLO, 1973a, p. 64):

Prestação de assistência médica em serviços próprios: Quando um beneficiário procura o serviço do seu instituto, encontra um médico remunerado por salário, sem qualquer interesse em alimentar a sua doença ou em lhe tirar qualquer pedaço do corpo, amígdala, apêndice, etc., que pede os exames necessários sem outra preocupação além daquela de esclarecer o diagnóstico e prescreve o tratamento que julga necessário. O paciente não precisa conhecer nenhum médico particular porque sempre encontrará algum da especialidade que necessitar. Se o médico que cuidava do seu caso estiver ausente outro poderá prosseguir no tratamento porque o serviço conta com um prontuário dos doentes.

Também em mais uma de suas várias publicações, desta no Jornal Politika, em 1973, Carlos Gentile de Mello aponta Murilo Villela Bastos e Luís Siqueira Seixas, entre outros, como contrários à privatização da saúde:

Para referir, apenas trabalhos recentes e de ampla divulgação, podem ser mencionados os estudos de Aresky Amorim, Murilo Villela Bastos, Luís Siqueira Seixas, Woodrow Pimentel Pantoja e José Vital, todos unânimes em condenar formalmente a transferência do setor da saúde para a esfera privada (MELLO, 1973b, s.p.).

O convênio MEC-INPS foi um dos palcos onde essas correntes entraram em confronto. Embora a integração entre os hospitais universitários e a Previdência Social estivesse prevista desde 1968, os primeiros convênios começaram a ser realizados apenas a partir de 1971. A seguir, estabeleceu-se uma luta por mudanças na relação dos hospitais de ensino com a Previdência Social, uma vez que os convênios se baseavam na mesma modalidade de

convênios entre a Previdência Social e os hospitais universitários (AGUIAR, 2004c; “STEPHANES, Reinhold”, 2019)

pagamento estabelecida com o setor privado contratado: o pagamento por unidade de serviço. Essa forma de pagamento submetia os hospitais universitários e privados à mesma avaliação e ao mesmo controle, ou seja, estabelecia parâmetros iguais para assistências qualitativamente diferentes, já que os hospitais privados contratados tinham como objetivo prestar apenas assistência médica, ao passo que os hospitais universitários, além da assistência, eram encarregados de formar recursos humanos e realizar pesquisas (ESCOREL, 1999). As propostas entraram em conflito, por um lado, com os interesses privatizantes do INPS, e por outro, com os interesses privatizantes e/ou pessoais de profissionais (médicos) dos próprios hospitais de ensino.

Na 12ª Reunião Anual da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), em setembro de 1974, Nildo Aguiar, representando o presidente do INPS, Reinhold Stephanes, apresentou propostas de modificação do relacionamento entre os hospitais universitários e a Previdência Social (MTPS, 1973) que atendiam aos interesses dos setores racionalizadores dos hospitais de ensino e do setor publicista do INPS. Através de um convênio global, os hospitais universitários e de ensino teriam prioridade para efeito de contratos e convênios com o INPS, e estes abrangeriam as suas especificidades, com a inclusão das atividades didáticas e de pesquisas, além das atividades assistenciais, nos parâmetros de avaliação. Como resultado, foi assinado um protocolo entre o MEC e o MPAS objetivando a integração dos hospitais de ensino nos programas de assistência médica da Previdência Social e aprovada uma minuta-padrão de convênio, de acordo com o qual o INPS contribuiria mensalmente para o hospital de ensino com um subsídio variável em função do número e do tipo de altas ocorridas no período (MELLO, 1981). Para o setor publicista, o convênio global por alta hospitalar era o instrumento adequado para corrigir distorções na forma de pagamento. Entretanto, a elite privatizante existente dentro do INPS procurava manter desatualizados os valores que serviam de base para o cálculo do subsídio mensal, com o objetivo específico de desprestigiar o convênio MEC/INPS. Desta forma, em termos de sobrevivência, muitas vezes a assinatura de um convênio, cuja modalidade de

pagamento era por alta hospitalar, era menos vantajosa financeiramente para os hospitais de ensino (ESCOREL, 1999). Além disso, o convênio parecia atingir também os interesses da outra parte, conforme relato de Nildo Aguiar (AGUIAR, 2004a, p. 2):

Não só havia resistência na área da própria Previdência, dos próprios técnicos da Previdência Social como também havia resistência das próprias universidades. (...)

Antes da assinatura deste convênio, chamado MEC/MPAS, que foi firmado em 1974, a Previdência fazia contratos com alguns serviços de hospitais universitários ou com as Santas Casas, onde eram oriundos os serviços universitários, onde beneficiavam e pagavam por unidade de serviço principalmente os titulares, essa resistência realmente se processou em função de que somente os titulares recebiam por unidade de serviço, que às vezes faziam uma caixa única de redistribuição para os seus assistentes. Na universidade realmente houve essa reação no sentido de que deixou de se pagar aos titulares e aos médicos em particular para se pagar aos hospitais de ensino.

Também nesse período, no interior do MPAS, desenvolveram-se projetos orientados por propostas de racionalização e modernização administrativa, que apontavam para modelos alternativos e se alinhavam, em alguns aspectos, ao projeto ideológico da reforma sanitária. Criado em outubro de 1975, por iniciativa do INPS, em uma fase de relativa democratização da instituição sob a presidência de Reinhold Stephanes, o Plano de Localização de Unidades de Serviços (PLUS) foi elaborado por um grupo de trabalho coordenado pela Secretaria de Planejamento do INPS e tinha como objetivo cobrir deficiências operacionais na assistência, com foco na regionalização e extensão de cobertura às populações urbanas e periféricas das grandes regiões metropolitanas do país. Seguindo as diretrizes de modernização administrativa e de expansão física por meio do planejamento racionalizador, esse grupo experimentou uma metodologia de programação⁵⁴ de serviços a partir de necessidades normatizadas da população confrontadas com a oferta de serviços, propondo medidas que privilegiavam a rede pública e aplicando o princípio da universalização dos serviços, em um momento em que os serviços

⁵⁴ A metodologia utilizada no PLUS foi produto direto do curso de planejamento lecionado por Adolfo Chorny e Mário Testa no mestrado de medicina social do IMS/UERJ, sendo que alguns de seus egressos integraram a equipe responsável por sua elaboração (ESCOREL, 1999).

de saúde estavam restritos institucionalmente aos segurados da Previdência. Entretanto, o PLUS não avançou, provavelmente por criar conflito com os interesses dos prestadores privados, apoiados pelo núcleo favorável à terceirização dos serviços, existente dentro da Previdência Social (PUCÚ;TEIXEIRA, 1979; ESCOREL, 1999; MENICUCCI, 2007).

Importante crítico do modelo organizacional da assistência no Brasil, conforme documento já citado (MPAS, 1975), Murilo Villela Bastos produziu trabalhos junto a Carlos Gentile de Mello, também defendendo o fortalecimento do setor público da Previdência Social, conforme trecho de artigo de autoria de ambos, publicado na Revista Paulista de Hospitais, em 1974 (BASTOS; MELLO, 1974, p. 410):

A compreensão desse fato fez com que alguns países instituíssem a instrução gratuita e obrigatória há dois ou mais séculos. Outros instituíram serviços médicos e hospitalares gratuitos ou quase gratuitos para as pessoas de baixo nível de renda.

Os serviços de proteção e recuperação da saúde representam um método de redistribuição da renda nacional, que vem tendo cada vez maior aplicação em todo o mundo.

Ainda a esse respeito, Murilo Villela Bastos explicou seus motivos para a defesa da rede própria no atendimento médico ao cidadão (MELLO, 1971, p. 10):

Embora se conheça a existência de muitas organizações comerciais idôneas de elevado padrão de conforto, e às vezes, técnico, não pode ser omitido o fato de serem empresas destinadas a proporcionar lucros financeiros aos proprietários. São, geralmente, organizações pequenas, de elevado custo indireto e mais preocupadas com os elementos aparentes de qualidade do que com as condições intrínsecas que permitem produzir a boa assistência médica. (...). Sendo suposição amplamente difundida que a empresa privada é sempre mais eficiente do que a oficial, cumpre lembrar que isso ainda não pode ser comprovado na atividade médico-assistencial. (...). É na empresa oficial que se vai encontrar a maior concentração de pessoal técnico e profissional qualificado, o equipamento mais moderno, a aparelhagem mais dispendiosa e o concurso de maior número de especialistas. Não é por outro motivo que quase todo o progresso da medicina tem sido feito em hospitais públicos oficiais ou de entidades sociais não lucrativas, ao passo que os hospitais comerciais têm-se limitado a fazer a prosperidade de seus proprietários.

Entretanto, durante uma entrevista realizada pelo Programa de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz (2004a, p. 14–15), em 1986, Murilo Villela Bastos produziu uma posição diferente. Ao ser questionado sobre o papel político do governo em relação ao grande crescimento da indústria de equipamentos médicos em contraposição à desvalorização das ações em saúde coletiva, Murilo forneceu a seguinte resposta:

Olha, pode parecer até heresia, mas não acho não. (...) saiu no *Time*, que até tive que traduzir aqui, pediram para traduzir. (...). Então, dizia o seguinte: que em Nova Iorque tantos anos depois da guerra todas as indústrias, as indústrias de mamadeira, sapatinho de criança, fraldas, tinham programado a expansão das suas atividades, esperando o *boom* de nascimento que decorreria da volta dos soldados para os Estados Unidos, e que aquilo era bolado, que iria dar uma explosão de natalidade, e deu. E aí, dizia o comentarista: “E a nossa saúde pública?” Até hoje, depois de explodida a bomba, ainda está tentando saber como é que vai planejar para aumentar o número de maternidades, não sei o que, pá. Não tem jeito! Tem que entregar a saúde pública para a iniciativa privada. (...). Porque veja bem, a sensibilidade do cara que está atrás do dinheiro; e do outro que está montado num cargo, pode acontecer o que quiser porque não tem problema. É exatamente uma das razões, digamos assim, da inércia da saúde pública, talvez seja o seu tipo de estrutura, a sua irresponsabilidade.

Além disso, em um raciocínio comum àqueles que defendiam a compra de serviços privados na saúde, Murilo Bastos expressou o seguinte argumento:

Agora, se a Previdência Social favoreceu essa coisa, veja bem, você ou qualquer um de nós talvez tivesse favorecido, ainda que fosse visceralmente contra, porque não tinha alternativa, simplesmente. Quem é que poderia, a curto prazo, implantar serviços por todo o país simultaneamente, sem ser pelo intermédio da iniciativa privada? (...). Acontece que havia duas coisas: uma delas era o direito do indivíduo ao benefício da Previdência Social; a outra era a incapacidade que nós teríamos, e tivemos durante o período, esse período de, na gestão dos órgãos de comando da Previdência, criar uma estrutura em todo o País.

Seria essa mudança de visão posterior ao seu ingresso como assessor do MPAS? Pelos documentos analisados não foi possível chegar à essa conclusão, mas sim perceber sua ausência nas críticas que o SNS sofrerá, sobre essas questões, entre outras. Como veremos adiante Murilo esteve diretamente

envolvido com o desenho institucional do SNS, que manteve a dualidade na assistência e espaço para atuação do setor privado.

Por sua vez, no âmbito institucional do Ministério da Saúde, também havia uma corrente em contraposição ao modelo dominante da saúde pública tradicional:

É importante notar que em 1974, com a eleição do presidente Geisel, um médico com visão reformista, Paulo de Almeida Machado, assumiu a pasta do Ministério de Saúde e compôs sua equipe pelos médicos que participaram do processo de reformas em São Paulo como José Carlos Seixas, João Yunes, Edmundo Juarez, José da Rocha Carvalheiro (RODRIGUEZ NETO, 1997; apud SILVA, 2009, p. 193).

E no mesmo sentido, Santana (2011, p. 18) descreve que:

E na área da saúde, a luta pela retomada das reformas de base teve um apoio valioso dos profissionais da saúde comprometidos com a reforma sanitária, que estavam alocados dentro do aparelho do Estado. Foi o caso de José Carlos Seixas, João Yunes e Octávio Mercadante que trabalhavam no Ministério da Saúde (...).

A partir da ocupação da secretaria geral do Ministério da Saúde por José Carlos Seixas⁵⁵, médico sanitário que defendia uma perspectiva sistêmica da organização da assistência e era adepto das técnicas de racionalização para expansão de cobertura difundidas pela OPAS, teria ocorrido uma renovação de quadros, dando oportunidade ao ingresso de pessoas com propostas progressistas, conforme descrito em linhas gerais, anteriormente. Na perspectiva de Escorel:

Embora naquele momento o MPAS oferecesse um mínimo de permeabilidade institucional ao pensamento médico-social, o Ministério da Saúde – em particular a secretaria-geral – representava uma visão nova, racionalizadora, abrindo espaços para a penetração de representantes do pensamento médico-social, em contraponto à visão conservadora campanhista até então dominante na instituição. Esse grupo novo combateu os interesses do setor

⁵⁵ José Carlos Seixas formou-se em Medicina pela Universidade de São Paulo (USP), em 1963. Fez especialização em Administração Hospitalar nesta mesma instituição de ensino, e em Planejamento pelo ILPES/OPAS do Chile. Em 1972, obteve doutorado pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Entre as funções públicas que exerceu destacam-se: secretário-adjunto da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, professor de Administração e Políticas de Saúde, na Faculdade de Saúde Pública da USP e foi secretário-executivo e secretário-geral do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [s.d.]).

privado encastelado na Previdência Social, bem como procurou resgatar o papel condutor da política de saúde para o Ministério da Saúde. (SCOREL, 1999: 58).

Cabe ressaltar que, embora os autores acima coloquem o governo Geisel como um marco no ingresso de pessoas e ideias progressistas no aparato estatal, durante o governo Médici, em 1973, foi elaborada uma proposta de um Sistema Nacional de Saúde, conforme mencionado anteriormente, que já incorporava os conceitos de descentralização, regionalização, hierarquização e integração dos serviços, e propunha, ainda, uma mudança radical na estrutura organizacional da saúde: a unificação das ações em saúde no Ministério da Saúde. Mesmo essa ideia de unificação, como visto no capítulo dois, já havia sido sugerida na década de 50.

Em 1976, alinhado ao modelo de medicina comunitária e de extensão de cobertura, preconizado por organismos internacionais, e tendo como referência experiências municipais de projetos alternativos, como o de Montes Claros, o secretário geral do MS, José Carlos Seixas, em parceria com a Secretaria de Planejamento, cria o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Elaborado no Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), pela equipe do setor saúde coordenada pelo Dr. Eduardo Kertesz, o programa contou com a colaboração direta de Mário Magalhães e Carlos Gentile de Mello, então assessor do setor de saúde do IPEA. Executado pelo Ministério da Saúde a partir de repasses financeiros no Ministério da Previdência e Assistência Social, o PIASS priorizava a região Nordeste, particularmente vilas e povoados rurais, e tinha como objetivo ampliar a oferta de serviços e ações médico-sanitárias, integrando medidas de cunho preventivo, mas também assistenciais, unindo a abordagem médico-social ao pensamento sanitário desenvolvimentista. O PIASS teve importante papel no fortalecimento do setor público, particularmente do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais, uma vez que as ações se faziam em cooperação entre estas duas instâncias governamentais, atendendo, como veremos, as principais diretrizes do SNS sobre integração e coordenação de esforços. Adicionalmente, junto com o Projeto Montes Claros, o PIASS representou uma superação do PLUS, no sentido da materialização de modelos alternativos no que tange à

organização da assistência, em mais uma evidência da visão progressista e racionalizadora dessa gestão (ESCOREL, 1999; MENICUCCI, 2007; PAIM, 2008).

Como é possível observar, no que se refere a um modelo organizacional do setor de saúde, havia diferentes visões, interesses e propostas entre os atores presentes nas duas principais instituições estatais relacionadas diretamente à saúde. Não à toa, teremos na década de 70, a formalização de duas propostas de criação de um Sistema Nacional da Saúde: a primeira, em 1973, originária do Ministério da Saúde, que prevê a unificação dos serviços de saúde no âmbito do próprio ministério e o fortalecimento do setor público na prestação dos mesmos, e a segunda, em 1975, elaborada no Ministério da Previdência e Assistência Social, que mantém a dualidade assistencial institucional e o privilegiamento do setor privado. Ainda que ambas tenham sido formuladas no contexto do regime militar, foi a segunda proposta a que se consolidou no cenário da saúde, a partir da Lei 6.229/75, interessando então compreender que propostas foram essas, quais foram os possíveis óbices à primeira proposta e também as facilidades que tornaram viável a consolidação do SNS de acordo com a segunda proposta, o que se pretende alcançar no capítulo seguinte, o último deste trabalho.

4.6 Considerações finais

O objetivo deste capítulo foi analisar o contexto setorial da saúde nos anos 70, no sentido de se identificar as principais correntes de pensamentos e tradições de organização dos serviços de saúde, sustentadas por diferentes atores, inseridos ou não na estrutura institucional governamental, que pensavam sobre sistema de saúde no Brasil naquele período, buscando verificar as possibilidades de interfaces com o processo que levou à criação do SNS.

Os conceitos que circulavam em âmbito internacional dialogaram com o campo teórico que se construía nacionalmente, da Medicina Social, revendo-se o paradigma da atuação médica preventiva como base para a melhoria das condições de saúde das populações, para a inserção das questões sociais nas propostas organizacionais da assistência. Na vigência de um governo que

necessitava lançar mão de políticas sociais para se legitimar, valendo-se das questões de saúde como parte de sua estratégia, temas prementes como a necessidade de aumento da cobertura assistencial e racionalização dos custos precisavam se compatibilizar com as demandas sociais, em um momento de crise política e econômica.

Neste cenário, o heterogêneo movimento sanitário brasileiro foi se desenvolvendo e se organizando como importante local de discussões e de onde emergiram aplicações práticas de variadas propostas organizacionais progressistas em saúde, assim como dele surgiram figuras importantes que optaram e conseguiram ocupar espaços institucionais, oportunamente criados em meio à grande expansão de projetos do período, como forma de tentar inserir mudanças no modelo de atenção existente.

No campo institucional, o período que antecedeu a criação do Sistema Nacional de Saúde testemunhava a consolidação do predomínio financeiro e político da Previdência Social, que praticava uma medicina de cunho individual e assistencialista, enquanto o Ministério da Saúde, relegado a segundo plano pelo regime militar, se encarregava da saúde pública, de modo não muito diferente do período anterior. Mesmo nestas instituições, havia divergências quanto ao modelo de saúde e organização do setor entre grupos conservadores que valorizavam a prestação de serviços a partir da compra ao setor privado e aqueles que defendiam o fortalecimento do setor público.

Uma vez que se optou pela expansão da cobertura assistencial da Previdência a partir do privilegiamento do setor privado, cabe destacar seu papel no que tange ao rumo que o trabalho médico seguiu, com crescente assalariamento da classe e regulação do seu mercado de trabalho pelo INPS. Diante da complexificação tecnológica que ocorreu na saúde, e que exigia grandes investimentos de capital, o profissional médico liberal perdeu espaço e novas formas de organização foram surgindo, como os grupos médico-hospitalares. O grande crescimento que este setor desempenhou, a partir de seu financiamento pela Previdência Social, acabou por torná-lo um ator influente nas decisões sobre a assistência médica no Brasil, o qual envidará esforços de

forma a preservar os seus interesses no cenário que se aproxima, de criação de um sistema nacional de saúde (GERSCHMAN; SANTOS, 2006).

Neste sentido, a configuração que assume o setor da saúde na primeira metade da década de 70, com a presença de diferentes ideias e grupos de interesse, somada às escolhas políticas e institucionais realizadas anteriormente, configuram importantes pontos de análise no que diz respeito a uma provável dependência de trajetória, visto que apontam para um cenário de manutenção do *status* adquirido, frente à limitação de outras possibilidades organizacionais, como veremos a seguir.

CAPÍTULO 5 - Sistema Nacional de Saúde: formulação e recepcionamento

5.1 Considerações iniciais

Em 17 de julho de 1975 foi sancionada a lei nº 6.229, que instituiu o Sistema Nacional de Saúde, a primeira medida concreta do governo para organizar o complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da saúde (MERCADANTE, 2002, p. 244). Nesse capítulo serão analisados o seu processo de elaboração, sua tramitação no Congresso Nacional, seus objetivos e seu recepcionamento, tanto na arena setorial da saúde como no âmbito público, verificando as reações de apoio ou contestação, os autores e seus motivos, e sinalizando alguns dos obstáculos ou facilidades encontradas no decorrer de sua implantação, sem ater-se a este processo em seus pormenores. Imagina-se que o contexto imediato de seu recepcionamento na arena setorial e, em termos gerais, na sociedade, possa dar pistas adicionais acerca das tensões que envolveram sua modelagem.

Compreender tal processo de construção pode se apresentar como uma forma de se lançar luzes sobre os eventuais constrangimentos e tendências para a conformação de sistemas de saúde no Brasil contemporâneo e proporcionar uma melhor compreensão sobre a experiência do SNS, como herdeiro das contingências de um arcabouço institucional e político constituído previamente, mas também dos encontros e desencontros entre teorias e práticas sobre organização dos serviços de saúde, no contexto dos anos 70.

5.2 O Sistema Nacional de Saúde

O processo que levou a elaboração da lei nº 6229, de 17 de julho de 1975, que instituiu o Sistema Nacional de Saúde, teve seu marco mais próximo no começo de década de 70, momento de intensificação de convergências e divergências sobre o pensamento organizacional em saúde pública, conforme descrito anteriormente. Neste momento, já era consenso que o fortalecimento e a melhoria dos serviços de saúde não decorrem automaticamente do crescimento econômico e, que na falta de uma legislação social adequada,

haveria o risco de o rápido crescimento industrial acentuar os desníveis dos padrões de vida e saúde dos diferentes grupos da população. A elevação desses padrões para todos exigiria estruturas governamentais bem lastreadas financeiramente, capazes de cobrir amplamente o setor social e empreender mecanismos eficazes de prestação de serviços de saúde (BRAGA, 1977).

Em meados da década de 70, em um cenário de crise econômica e política iminente do governo militar, começou a se definir novas estratégias para manter o governo, que na prática assumiram duas formas principais: a primeira, de caráter compensatório, constituído de políticas assistencialistas que buscavam minorar os impactos das desigualdades crescentes provocadas pela aceleração do desenvolvimento capitalista, e a segunda, de caráter produtivista, formulava políticas sociais visando a contribuir com o processo de crescimento econômico (BAPTISTA, 2005; LIMA, 2002).

O discurso oficial é de reconhecimento da grave crise no setor de saúde, com significativa piora dos níveis de saúde da população. O que se vê é o aumento das doenças infectocontagiosas, endemias rurais alcançando as áreas urbanas, desnutrição, aumento da mortalidade infantil, retorno de epidemias, como a febre amarela - um quadro típico de países subdesenvolvidos, ao mesmo tempo em que se lidavam com as morbidades “modernas”, como as doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito (BAPTISTA, 2005; PAIM et al., 2012). Embora tenham aumentado o número de atendimentos e o investimento na medicina previdenciária, de cunho individual e assistencialista, ficou claro que ela não foi capaz de sanar esses problemas. As ações em saúde pública e assistência médica, respectivamente a cargo do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e Previdência Social, tinham uma abordagem organizacional departamentalizada e não coordenada, frequentemente apontada como ineficaz e ineficiente (VATER, 1996). Nesse contexto, durante o Governo Médici, o Ministro da Saúde, Mário Machado de Lemos, inicia a elaboração da nova Política Nacional de Saúde e propõe a criação de um Sistema Nacional de Saúde, como solução para as questões sanitárias e assistenciais.

O estado da saúde no Brasil e a necessidade de criação de um Sistema Nacional de Saúde fizeram parte uma matéria publicada no Jornal do Brasil, intitulada “Mapa da Saúde”, de 30 de novembro de 1973 (JORNAL DO BRASIL, 1973). No texto, assinala-se os baixos padrões de saúde frente aos elevados índices de crescimento econômico e a grande expectativa sobre o anteprojeto de um Sistema Nacional de Saúde, a ser entregue ao presidente Médici pelo Ministro da Saúde, a fim de dar conta da falta de coordenação e paralelismo de ações na área da saúde entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e Previdência Social:

Mas o quadro sanitário do Brasil está cheio de manchas de outras enfermidades que deveriam estar banidas ou, pelo menos, sob rigoroso controle. (...) Queixa-se o Ministro de um serviço médico-hospitalar e assistencial desentrosado e muitas vezes conflitante. O paralelismo de ações, para usar expressão sua, esvazia esforços e dilui verbas que, aliás, não têm sido consignadas com muita generosidade nos orçamentos federais (...). Falta portanto o regente, e esse só poderá ser o Sistema Nacional de Saúde. (...) A saúde qualifica o desenvolvimento. Tem de ser cuidada, portanto, paralelamente ao desenvolvimento econômico. Afinal, Saúde é um direito, e o progresso de um país o seu corolário (JORNAL DO BRASIL, 1973, p. 6).

E de fato, o Ministério da Saúde elabora⁵⁶, em 1973, a Política Nacional de Saúde (PNS), contando com a participação de equipes técnicas de alto nível, intersetoriais e multidisciplinares, convocadas pelo próprio Ministro, e a colaboração de Universidades, de Institutos de Pesquisa, da Associação Médica Brasileira e da OPAS. Essa PNS coloca a seguinte proposta organizacional para o setor (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1973, p. 11, grifo nosso):

O Ministério da Saúde, em obediência ao disposto no artigo 156 do Decreto Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, formulou uma Política Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes setoriais básicas integradas no Processo Global de Desenvolvimento Sócio-econômico, **estrutura um Sistema Nacional de Saúde**, que define as atribuições dos Governos Federal, Estaduais e Municipais e de entidades privadas, **prevê a transferência das atividades de assistência médica ora a cargo do INPS para o Ministério da Saúde**,

⁵⁶ Foi encontrado na última página deste livro um timbre “IMPRESSO NA SEÇÃO DE ARTES GRÁFICAS DA FSESP”, sigla que se refere à Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública, atual Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), levantando a possibilidade de colaboração entre ambas as instituições nesse processo, o que é reforçado por um outro documento identificado neste mesmo fundo, a ser descrito adiante.

estabelece as fontes permanentes de financiamento do Setor, identifica seis áreas programáticas fundamentais – Ciência e Tecnologia, Saneamento Ambiental, Alimentação e Nutrição, Recursos Humanos, Produtos Profiláticos e Terapêuticos, e Prestação de Serviços de Saúde, que, por sua vez, se desdobra nas seguintes sub-áreas: Endemias Rurais, Doenças Transmissíveis, Saúde Materno-infantil, Saúde Mental, Controle do Câncer e Assistência Médico-Hospitalar.

Verifica-se então, que a Política Nacional de Saúde de 1973 traz em seu bojo um projeto de estruturação de um Sistema Nacional de Saúde, entendido como parte de um processo global de desenvolvimento sócio-econômico, definindo competências (dos setores público e privado), fontes de financiamento, áreas programáticas e resgatando uma antiga proposta para a organização do setor: a transferência das ações assistenciais médicas do INPS para a estrutura do MS.

Para implementar a Política Nacional de Saúde, o documento afirma que, de modo a administrar adequadamente os recursos, é necessária a modernização não somente do Ministério da Saúde, mas de todo o setor de saúde do país, sendo o modelo de sistemas o ideal para prover coerência e harmonia nas decisões, com centralização normativa “sob comando único” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1973, p. 19) e descentralização executiva, evitando a dispersão de recursos, a repetição “desnecessária e às vezes competitiva” de atividades e “outras distorções” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1973, p. 12). Note-se que essas ideias não eram de todo novas, já sendo discutidas no cenário da saúde pública desde a década de 40 (descentralização executiva) e 50 (“comando único”), conforme descrito anteriormente, no capítulo 2.

Sobre a modernização administrativa do Ministério, relata-se que foram feitas reuniões com o Ministério do Planejamento e Coordenação Geral com o objetivo de prover ao Ministério da Saúde, enquanto órgão central do SNS, a estrutura necessária “para ampliar sua atual área de ação e absorver funções desenvolvidas por outros órgãos”, com a criação de “mecanismos efetivos de coordenação setorial” de modo a “consolidar gradativamente o mecanismo de delegação às Unidades da Federação, obedecido os critérios de regionalização e hierarquização” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1973, p. 19).

No tópico IV da PNS, “Diretrizes Básicas”, item 3, “Diretrizes Gerais”, é novamente enfatizada a posição de liderança no SNS pelo Ministério da Saúde (MS), que seria o responsável pela integração das atividades coletivas e individuais de proteção e recuperação da saúde, e coloca-se a atuação do setor privado subordinada ao controle central (MS), não ficando claro nesse momento, se todo o setor privado seria incorporado ao sistema:

O Governo Federal promoverá e coordenará, através da integração programática, as atividades de proteção e recuperação da saúde desenvolvidas pelas entidades de nível federal, estadual e municipal para organizar o Sistema Nacional de Saúde.

O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE terá como órgão central o Ministério da Saúde e será integrado:

- pelos órgãos de saúde da administração pública e civil, direta, indireta, ou a eles vinculados;
- pelas entidades privadas que ao se incorporarem ao sistema, comprometam-se a desempenhar as atribuições que lhes forem delegadas mediante contrato, obrigando-se ao cumprimento das exigências estabelecidas pelo órgão central (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1973, p. 43).

No item 4, são definidas as “Competências e Atribuições” dos principais órgãos e instituições integrantes do SNS. Interessante notar que, enquanto o Ministério da Saúde exhibe 22 atribuições distribuídas em duas páginas, o Ministério do Trabalho e Previdência Social conta somente com 5 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1973, p. 46):

Ao MINISTÉRIO DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL, caberá integrar no Sistema Nacional de Saúde:

- os serviços de assistência médica prestados pelas instituições da Previdência Social;
- as atividades médicas relacionadas com os acidentes do trabalho, inclusive as de prevenção;
- os serviços médicos do pessoal;
- as atividades de higiene e segurança do trabalho;
- a concessão de auxílios materiais e financeiros a instituições de saúde.

Neste mesmo item, subitem 4.4, informa-se o papel do setor privado no SNS, também bastante reduzido em seu número de atribuições e desprovido de autonomia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1973, p. 48):

Às instituições do setor privado, ao se incorporarem ao SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE, caberá:

- cumprir as diretrizes gerais e normas técnicas estabelecidas pelo órgão central do SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE;
- executar as atividades que lhe forem atribuídas no desenvolvimento dos programas do SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE;
- integrar-se aos subsistemas de informação estatística e de vigilância epidemiológica.

No item 5, “Condições para Execução”, propõe-se a criação de um Conselho Nacional de Saúde, com representação interministerial, o qual seria o principal órgão normativo e consultivo para as questões referentes à Política Nacional de Saúde. Ao que parece, na gestão Geisel, o Conselho de Desenvolvimento Social assumiu não somente esse papel, como também o de órgão central de comando do Sistema Nacional de Saúde, mantendo-se a separação das ações de saúde entre o Ministério da Saúde e a Previdência Social que, conforme vimos anteriormente, também nesse governo, passou à condição de Ministério.

No tópico VI da PNS, “Projetos Prioritários”, o Sistema Nacional de Saúde encabeça a lista de 11 itens, seguido da Modernização Administrativa do Ministério da Saúde, ordem essa que não parece ser aleatória, mas sim de prioridade de execução. No item referente ao SNS, são apresentados dois subitens: uma “Exposição de Motivos” do Ministro da Saúde ao Presidente da República e o “Projeto de Decreto-lei” para a criação do Sistema.

Na Exposição de Motivos, o Ministro menciona o atraso que se encontra o setor de saúde quanto aos seus procedimentos técnico-administrativos frente ao “acelerado ritmo de desenvolvimento que os Governos da Revolução imprimiram ao País” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1973, p. 167), questão a ser superada, na perspectiva de seus proponentes, com a modernização do Ministério da Saúde e a criação do SNS. Conceitua a saúde como um “estado completo de bem-estar físico, mental e social”, sendo parte fundamental do processo global de desenvolvimento socioeconômico e um direito fundamental do homem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1973, p. 169). Realiza também um “Diagnóstico Institucional” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1973, p. 170) e evoca a III Reunião Especial de Ministros da Saúde das

Américas (Chile, 1972), quando foram assinaladas as características principais dos sistemas de prestação de assistência médica da Região: multiplicidade de órgãos, ausência de coordenação, cobertura deficiente e desigual da população, desperdício de recursos e encarecimento desnecessário dos serviços. Sobre essas questões, conclui:

Nessas condições, o problema de assistência médica no país não é, primordialmente, o de insuficiência de recursos financeiros, mas, antes o de sua aplicação adequada. E, por conseguinte, problema de natureza institucional e administrativa. (...)

Trata-se de tarefa inviável tentar reorganizar o setor saúde no contexto da atual legislação, tradicionalmente desintegradora, que possibilitou a proliferação competitiva e desordenada dos órgãos executivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1973, p. 171).

A seguir, menciona o papel da OPAS e OEA na orientação de que os países institucionalizem sistemas de saúde para suas populações, um indicativo, tal como discutido em capítulo anterior, do prestígio desses organismos internacionais no cenário da saúde brasileira.

Encerra-se a Exposição de Motivos com a justificativa para a “Organização Proposta”: “para corrigir, de forma progressiva, as graves distorções do Setor Saúde, decorre de princípios técnicos, científicos e administrativos (...), constituindo corpo de doutrina que gera uma filosofia de ação no setor saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1973, p. 176). É repetidamente referido o Decreto Lei nº 200 de 25 de fevereiro de 1967, Art. 156º (BRASIL, 1967a), que confere ao Ministério da Saúde as responsabilidades de formulação e coordenação da política nacional de saúde, em âmbito nacional e regional e coordenação das atividades de assistência médico-social no âmbito regional, com o objetivo de entrosar as atividades desempenhadas por órgãos federais, estaduais, municipais, do Distrito Federal, dos Territórios e das entidades do setor privado. O Decreto Lei determina também que a assistência médica da Previdência Social deverá obedecer, no âmbito nacional e regional, à política de saúde definida por aquele Ministério. Cita-se, ainda, o Art. 6º, que estabelece os princípios fundamentais das atividades da Administração Federal: Planejamento, Coordenação,

Descentralização, Delegação de Competência e Controle, que embasaram a opção pela metodologia de sistemas para organização do setor de saúde no país.

Conforme informado acima, segue-se à Exposição de Motivos o Projeto de Decreto-Lei para a criação do Sistema Nacional de Saúde (Anexo I), um texto extenso, mas que devido à sua relevância para este trabalho, merece a citação alguns de seus artigos:

O Art. 1º define que o SNS será integrado, sob a coordenação do MS, em todo o território Nacional, pelos órgãos e entidades do setor público e do setor privado, voltados para ações que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde, inclusive reabilitação. O Art. 3º estabelece que o órgão central do SNS será o Ministério da Saúde e enumera suas funções. Nesses artigos é recuperada a proposta inovadora, já feita na década de 50, conforme descrita no capítulo dois, de unificação dos serviços assistenciais em um único ministério, que na época seria criado com o nome de Ministério de Saúde e Assistência Social. Nesse período, ainda não havia sido criado o MS (1953) e nem o MPAS (1974), mas as ações em saúde já se dividiam entre o MES e a Previdência Social.

O Art. 4º informa que os Estados, Distrito Federal e Territórios organizarão e administrarão suas atividades de saúde sob a forma de sistemas, obedecendo às diretrizes da Política Nacional de Saúde. O Art. 7º informa que serão estabelecidos mecanismos de coordenação intersetorial para a elaboração dos planos e programas de saúde. O Art. 9º, inciso VI, sobre a Prestação de Serviços de Saúde, informa que haverá regionalização de serviços, adequando-os às realidades locais, hierarquização das necessidades, aproveitamento racional da capacidade instalada, integração dos serviços preventivos, curativos e de reabilitação, extensão dos serviços de saúde para o interior do país e adoção dos princípios de descentralização e delegação de competências para o estados e municípios. Nesses artigos pode-se verificar a presença dos conceitos e proposições que foram sendo gradualmente construídos nas décadas anteriores, a partir da circulação de ideias (nacional e internacionalmente) e de experiências institucionais.

O Art. 10º informa que todos terão direito à assistência médica, que será gratuita aos comprovadamente carentes e mediante contribuição dos previdenciários e dos não previdenciários que possuam recursos suficientes. A ideia da universalização da cobertura, também discutida internacionalmente, resultou, nesta proposta, em uma composição de seguro e seguridade social, não sendo escolhida a gratuidade de acesso, nos termos de um direito social, para toda a população.

Merecem destaque os Artigos 11º, que cria o Instituto Nacional de Assistência Médica, como uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, destinado à prestação de serviços de saúde à população, e o 12º, que estabelece a transferência de toda a estrutura de assistência médica, hospitalar, odontológica e farmacêutica do Instituto Nacional de Previdência Social para o Instituto Nacional de Assistência Médica, a contar de 1º de janeiro de 1974. O Art. 18º estabelece que o saldo das dotações orçamentárias e extra orçamentárias ainda não comprometidas, e as verbas previstas para os exercícios subsequentes do INPS, referentes ao Art. 12º, deverão ser transferidos ao Ministério da Saúde. Sendo assim, a Previdência Social se esvaziaria da receita e da operacionalização de toda a assistência médica, que seriam transferidas ao MS, assim como os convênios e contratos com o setor privado. Como vimos anteriormente, esses são dois atores inter-relacionados que ganharam, ao longo dos anos, muita influência no cenário da saúde brasileira, sendo o ponto “nevrálgico” da proposição, visto que houve toda uma estruturação de atores e interesses em torno deste binômio, criando uma trajetória de difícil retorno.

O Art. 21º informa detalhadamente as fontes de receita para o custeio dos serviços integrantes do SNS, em 22 itens, que incluem desde a contribuição de trabalhadores formais, autônomos e aposentados até novos impostos e taxas, entre outros. Uma proposta pragmática que dedica atenção ao equilíbrio financeiro do sistema.

No que se refere à utilização de recursos públicos no setor privado, temos que:

O Art. 16º informa que o Ministério da Saúde poderá manter, rescindir ou suspender qualquer ajuste, acordo, contrato ou convênio celebrado pelo INPS com pessoas físicas ou jurídicas, no que diz respeito aos serviços assistenciais, sem que assista à outra parte direito a indenização, salvo os casos decorrentes de relações trabalhistas. O Art. 23º prevê a concessão de isenções e benefícios fiscais, abatimentos ou deduções sobre a renda de pessoas físicas ou jurídicas, assim como criar outras fontes de financiamento para viabilizar a execução de projetos de construção e operação de centros de saúde e hospitais, aquisição de equipamentos e materiais necessários para execução dos serviços de saúde. O Art. 31º informa que o Ministério da Saúde disciplinará a aplicação dos recursos destinados pelo Governo Federal às entidades incumbidas de prestação de serviços de saúde.

A proposta da Política Nacional de Saúde de Mário Machado de Lemos se notabilizou por algumas características centrais que, se implementadas, teriam modificado substancialmente o sistema de saúde vigente no país, tais como a universalização da assistência, a regionalização dos serviços e a integração entre serviços preventivos e de assistência individual, porém não avançou (MERCADANTE, 2002, p. 242). O impasse aparentemente (mas conforme esperado) ocorreu na proposição da criação do Instituto Nacional de Assistência Médica, autarquia vinculada ao Ministério da Saúde e que absorveria todos os organismos e recursos no âmbito da Previdência Social. Segundo Mercadante (2002, p. 241–242):

Ao forçar, entretanto, o cumprimento do disposto no art. 156 do Decreto Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, ou seja, ao assumir de fato e de direito a competência para implantar e coordenar a Política Nacional de Saúde, o Ministério de Saúde provocou forte antagonismo. O projeto abortou e os elementos que estavam no seu cerne (universalização, regionalização, hierarquização da rede e comando único) só seriam retomados quinze anos mais tarde, na VIII Conferência Nacional de Saúde e na assembleia Nacional Constituinte.

Um achado interessante no mesmo fundo (dossiê Alfredo Bica, DAD-COC/Fiocruz) que continha uma publicação da Política Nacional de Saúde de 1973, foi um conjunto documental de 14 páginas (Anexo II), infelizmente sem data e sem autoria (trata-se de um fundo de acumulação), contendo dois documentos: o primeiro de título “Exposição de Motivos”, com 2 páginas e endereçado ao Presidente da República, e o segundo de título “Lei Nº ____ de ____”, de 12 páginas, ambos elaborados em papel com a identificação da Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública (FENSP), atual Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)⁵⁷. O conteúdo desses documentos apresenta significativos indícios de relação com a proposta da Política Nacional de Saúde de 1973 (que também contém o carimbo: “Impresso na seção de artes gráficas da FENSP” em sua última página, conforme mencionado anteriormente), em suas principais proposições: a unificação dos serviços de saúde sob a gestão exclusiva do Ministério da Saúde, organizados na lógica de sistemas, de forma descentralizada, hierárquica e coordenada. Esses achados sugerem uma parceria do MS com a FENSP na elaboração da Política Nacional de Saúde de 1973, na qual havia uma proposta, inclusive com projeto de lei elaborado, de criação do Sistema Nacional de Saúde.

No governo seguinte, poucos meses após o General Ernesto Geisel assumir a presidência, já no 1º despacho com o Ministro da Previdência e Assistência Social (em 11 de julho de 1974), Luiz Gonzaga do Nascimento e

⁵⁷ Pelo Decreto nº 43.926, de 26/07/1958, foi instituída a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), integrada ao Ministério da Saúde e subordinada ao Ministro de Estado, com sede no Rio de Janeiro e tendo a função de aperfeiçoar e especializar pessoal técnico necessário aos serviços de Saúde Pública (Art. 2). Em 7 de junho de 1966, sob a lei nº 5.019, a ENSP passou a integrar a Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública (FENSP), de personalidade privada, criada com a finalidade de ministrar ensino especializado em saúde pública em cursos de pós-graduação para pessoal de nível técnico-científico e cursos de preparação de pessoal auxiliar médico, além de realizar estudos e pesquisas de interesse para o aperfeiçoamento técnico e científico do pessoal de saúde pública. A FENSP passou a se chamar FRHS (Fundação Recursos Humanos para a Saúde) pelo Decreto-Lei nº 904, Art. 2º, de 01 de outubro de 1969, tendo a finalidade de avaliar o quantitativo e qualificar o pessoal que poderia dispor o Sistema Brasileiro de Proteção e Recuperação da Saúde, assim como a promoção de medidas para a formação e o aperfeiçoamento de pessoal. O Decreto nº 66.624, de 22 de maio de 1970, transformou a FRHS em Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz), cuja nomenclatura foi modificada para a atual Fundação Oswaldo Cruz (mantendo a mesma sigla), em 1974 (COC/FIOCRUZ, [s.d.]).

Silva, é possível verificar novamente a preocupação com o estabelecimento da Política Nacional de Saúde e a sua coordenação em âmbito nacional, quando, sob o argumento da racionalidade, é proposta pelo Ministro, como medida prioritária, a organização da assistência, tema do 4º tópico da pauta: “Delimitação de Áreas de Competência no Tocante aos Serviços Médicos” (ARQUIVO ERNESTO GEISEL: CPDOC/FGV, 1974, n.p.). Na ocasião, o Ministro explica que apesar do Ministério da Saúde (MS) ser o responsável pela Política Nacional de Saúde e sua coordenação em âmbito nacional e regional, o mesmo não possui recursos e meios para esse fim, motivo pelo qual se limita à medicina coletiva, ao contrário do Ministério da Previdência e Assistência Social, que em suas palavras: “dispõe, no setor médico, de dez vezes mais recursos que o MS, visto que efetua o atendimento médico-assistencial à quase totalidade da população”. Além disso, aponta que também possuem serviços médicos o Ministério da Educação e Cultura (MEC), já que várias escolas de Medicina possuem hospitais públicos, e órgãos e entidades estaduais e municipais. Sendo assim, a seu ver, é necessária a delimitação das áreas de competência dos diferentes órgãos e entidades federais, estaduais e municipais, que se ocupam de serviços e atividades em saúde. Como benefícios dessa medida, o Ministro informa que:

Além de possibilitar desde logo o maior rendimento dos recursos humanos, técnicos e financeiros empregados nesse setor, graças à racionalização de seu funcionamento, a delimitação de competência, com definição de encargos, poderia constituir ponto de partida para o estabelecimento da política nacional de saúde e sua coordenação em âmbito nacional (ARQUIVO ERNESTO GEISEL: CPDOC/FGV, 1974, n.p.).

Na sequência, o Ministro sugere que o MS e o MPAS se concentrem em suas atribuições tradicionais e que se discuta um melhor entrosamento entre os programas de formação de recursos humanos entre este e o MEC. Para este fim, propõe a criação de uma Comissão Interministerial com representantes desses três Ministérios para estudar essa proposta.

No despacho seguinte (em 30 de julho de 1974), nem três semanas após o primeiro despacho descrito acima, o ministro do MPAS afirma que já estão em andamento as ações para este fim junto ao MS, que mostrou anuência

com a iniciativa, e que: “desenvolvem-se agora, em segundo escalão de ambos os Ministérios, com perspectivas animadoras de bom entendimento, estudos e discussões no mesmo sentido de delimitação de competência”, e finaliza: “O 2º PND, possivelmente, deverá refletir essa orientação” (ARQUIVO ERNESTO GEISEL: CPDOC/FGV, 1974, n.p.). Foi verificado que não ocorreu qualquer menção ao Sistema Nacional de Saúde nos despachos subsequentes entre o Presidente Geisel e o Ministro do MPAS, até a data de criação deste, praticamente um ano após o despacho acima.

Durante uma entrevista realizada pelo Programa de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz (SILVA, 2004), em 1987, ao ser perguntado se não teria sido mais racional unificar a assistência em um único ministério, Luiz Gonzaga do Nascimento e Silva justificou a opção pela separação institucional naquele momento:

Esse problema foi inicialmente bastante debatido. O Ministério da Saúde pretendeu, um grupo do Ministério da Saúde, pretendeu que o atendimento passasse a ser feito pelo Ministério da Saúde e com o repasse de recursos. Mas o exame melhor da questão, dentro do termo de razoabilidade, mostrou que não, que **se os recursos financeiros provinham do segurado, basicamente, do contribuinte da Previdência, dos segurados, da contribuição do trabalhador, era natural também que a Previdência se ocupasse do doente**, no caso. Nós não estávamos invadindo, digamos, a esfera do Ministério da Saúde. Até que se chegasse à convicção de que o Ministério da Saúde devia ter o tratamento global, digamos, da saúde e nós o tratamento do paciente, do indivíduo, e como toda a população, afinal, tendia ser segurada, a população brasileira, praticamente, ligada ao mercado de trabalho, é segurada obrigatoriamente pela Previdência Social, o tratamento também do indivíduo deveria caber à Previdência Social, que recebia esses recursos. De maneira que harmonizou-se assim, depois de longas tratativas entre o Ministro da Previdência e o Ministro da Saúde, e grupos de trabalho procurando pesquisar. E me parece razoável que seja assim. E o exame das Previdências do mundo todo mostra que, de fato, o sistema previdenciário é o sistema que cuida do doente, que se ocupa do paciente mesmo. Porque tem as fontes de recursos. (...). **Então foi uma vertente natural, ditada, certamente, pela natureza da contribuição, pela origem da tributação** (SILVA, 2004b, p. 1–2, grifo nosso).

A vertente “natural”, como discutido anteriormente, diz respeito à institucionalização de um potente aparato previdenciário, decorrente da construção e consolidação de uma cultura política e institucional que fortalecia uma compreensão de base corporativa da oferta de saúde. Pode-se ver aqui um ponto de veto que foi de grande influência para a configuração que adquire a política de saúde, mostrando a importância do papel das instituições políticas dentro das quais os diferentes atores buscam preservar, inserir ou adaptar seus interesses (IMMERGUT, 1992).

No despacho de 13 de novembro de 1974, entre o Presidente e o Ministro da Saúde, Paulo de Almeida Machado, parece ser realmente esse o direcionamento assumido. No tópico 4, de tema: “Reestruturação do Ministério”, o Ministro menciona estar em andamento uma reestruturação do MS a partir de “estudos que permitirão desenhar o Sistema Nacional de Saúde”. Acrescenta que feito isso, será definida com mais precisão a missão do MS e a sua estrutura ideal (ARQUIVO ERNESTO GEISEL: CPDOC/FGV, 1975a, p. 8).

Quanto ao setor privado, este parece ter sido um importante agente de pressão política na formulação do SNS, com o objetivo de resguardar sua atuação e mercado, conforme trecho abaixo:

A Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo também expressa fundados receios de uma crescente escalada estatal no setor assistência médica, supostamente reservado à iniciativa privada. Em documento apresentado, afirma que existe no texto da Lei do Sistema Nacional de Saúde evidente discriminação aos hospitais privados de finalidade lucrativa, quando cotejados com aqueles também juridicamente privados, mas de entidades filantrópicas (...) (CORDEIRO; QUADRA, 1977, p. 20).

Em um editorial, de página inteira, do Jornal do Brasil, de 11 de maio de 1975 e de título: “Classe reage à estatização dos hospitais particulares” (JORNAL DO BRASIL, 1975), é possível ver a grande expectativa e apreensão deste setor, diante da tramitação do Projeto de Lei do SNS. A matéria trata do trabalho do vice-presidente da Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo, Aloísio Fernandes, divulgado em Belo Horizonte pela Federação Brasileira de Hospitais. Conforme explicitado por Aloísio Fernandes, à

iniciativa privada deveria ser dada a prioridade nas ações em saúde, ficando o governo com as ações supletivas, justificando seu argumento com o fato da rede privada ser a maior detentora de hospitais e leitos no país, o que o governo não poderia fazer frente sem criar um colapso na assistência:

Se o governo insistir em levar adiante seu plano de resolver o problema da assistência médica e hospitalar no país, sem o concurso primordial da iniciativa privada será o causador de um congestionamento econômico que derrubará todos os seus esforços, e não conseguirá sequer manter uma estrutura que exigirá despesas anuais, só na área hospitalar, equivalentes a quase 1/3 do orçamento nacional (JORNAL DO BRASIL, 1975, p. 10).

Percebe-se ainda, um grande receio de que ocorra também uma estatização da rede hospitalar, conforme discorre:

Com a absurda alternativa de “oficializar” instituições particulares – explica – o Governo submeteria à sua atuação toda a rede privada beneficente, que perderia suas características próprias e se tornaria praticamente “propriedade do Governo” (JORNAL DO BRASIL, 1975, p. 10).

Segundo a Federação Brasileira de Hospitais, poderosa entidade que congregava mais de 3 mil hospitais privados, a rede privada não poderia ser “mera suplementadora da ação oficial, uma vez que detém 83,77% dos hospitais e, ..., 66,10% dos leitos do país” (JORNAL DO BRASIL, 1975, p. 10). Neste raciocínio, ao governo caberia economizar os vultosos custos com a criação e manutenção de rede própria, para investir no saneamento básico, conforme declarações do presidente da Federação Brasileira de Hospitais, a seguir (CORDEIRO; QUADRA, 1977: 20):

(...) a atuação governamental deve se concentrar nas atividades de saúde de interesse coletivo, como saneamento básico, pesquisas, formação profissional, higiene e segurança do trabalho. A iniciativa privada concentra-se principalmente no atendimento individual (...).

(...) a área de atuação do Governo deve ser normativa e fiscalizadora, cabendo à iniciativa privada a efetiva atuação no atendimento da população por meio de convênios com o Instituto Nacional de Previdência Social.

A criação do SNS também era aguardada com grande expectativa pelo público em geral. Em matéria publicada no Jornal do Brasil, em 12 de fevereiro de 1975, intitulada “Consciência Sanitária” (JORNAL DO BRASIL, 1975),

informa-se que o SNS, já aprovado pelo CDS e em tramitação no Congresso Nacional, integrará cinco Ministérios para sua estruturação (Saúde, Previdência e Assistência Social, Trabalho, Interior e Educação e Cultura) e será debatido na 5ª CNS, em agosto de 1975. Informa, ainda, ser o SNS a concretização do plano do governo na área de investimento social, em reconhecimento ao direito do cidadão à saúde e buscando compensar os desequilíbrios causados pelo programa geral de desenvolvimento. Há um tom de otimismo:

Como se vê, o plano, de há muito reclamado pelo país, terá amplas oportunidades de debate e aprimoramento. Tal como se apresenta agora, no anteprojeto, já inspira confiança, uma vez que se baseia na ação coordenada, harmoniosa, de todos os setores do Governo com responsabilidades sanitárias, e pretende, através da centralização de esforços, administrar os recursos disponíveis no interesse de uma mais rápida colheita de resultados (JORNAL DO BRASIL, 1975, p. 6).

Apesar da aparente tranquilidade na tramitação do Projeto de Lei do SNS, que segundo Mello (1976, p. 24) teria sido “aprovado sem emendas”, observa-se que no tópico 6: “Sistema Nacional de Saúde”, do despacho de 16 de maio de 1975 (ARQUIVO ERNESTO GEISEL: CPDOC/FGV, 1975a, n.p.) entre o Ministro da Saúde e o Presidente Geisel, apenas dois meses antes da data de criação do SNS, o projeto dessa lei ainda era motivo de debate. Segundo o Ministro Paulo de Almeida Machado, havia “numerosas emendas mutilando o projeto” e este sugere: “Talvez fosse oportuna uma ação do Gabinete Civil junto à Liderança, objetivando acelerar a tramitação do projeto e a cuidadosa análise das emendas”. E de fato, os trâmites se aceleram, conforme notícia veiculada no Jornal do Brasil, em 25 de junho de 1975: “Sistema de saúde é aprovado”: “O Senado aprovou ontem, em regime de urgência, pedido pela Maioria, projeto do Executivo criando o Sistema Nacional de Saúde...” (JORNAL DO BRASIL, 1975, p. 4), o que também foi referido por Mello (1976, p. 24) como “aprovada no Congresso Nacional, em regime de urgência”.

Sobre a formulação da Lei do SNS, que conforme notícia acima teria sido proposto originalmente pelo Executivo, mas resultante de entendimentos entre os ministros que integram o CDS, Murilo Villela Bastos, em entrevista realizada pelo Programa de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz em 1986,

informa que ele próprio teria sido o autor da proposta, a partir da revisão de um trabalho anterior feito para o Ministério da Saúde, mas não aceito: “(...) aquele trabalho que acabou resultando na Lei do Sistema Nacional de Saúde era, (...), uma revisão de um trabalho feito no tempo do Rocha Lagoa⁵⁸, Ministro da Saúde, e que me custou uma quase expulsão do Serviço Público” (BASTOS, 2004b, p. 20). Sobre esta “quase expulsão”, cabe lembrar que, nesse período, conforme descrito anteriormente, Murilo V. Bastos compartilhava com Carlos Gentile de Mello e Nildo Aguiar, entre outros, opiniões bastante críticas quanto à organização e oferta dos serviços de saúde, colocando-se a favor do fortalecimento do setor público, o que provavelmente não se alinhava ao contexto político setorial e geral daquele momento, os “anos de chumbo” do regime militar.

A partir de seu ingresso como assessor do MPAS, em 1974, e impactado pela proposta social do II PND, ele teria reformulado esse trabalho de modo a se compatibilizar com a demanda do Presidente Geisel, tendo tido êxito em sua aceitação. Segundo seu relato, o trabalho elaborado pelo MS para um Sistema Nacional de Saúde não teria interessado ao Presidente pela ausência de uma abordagem integrativa e organizacional. Nesse momento, peço licença ao leitor para dar destaque a uma longa citação, na qual Murilo Villela Bastos coloca seus argumentos sobre essas questões (2004b, p. 20–22, grifo nosso):

⁵⁸ Francisco de Paula Rocha Lagoa, graduado em medicina pela Faculdade Fluminense de Medicina do Rio de Janeiro, desempenhou diferentes atividades no Instituto Oswaldo Cruz entre nas décadas de 40 a 60, tendo assumido o cargo de diretor em 1964, quando também tornou-se membro do conselho deliberativo do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq). Em 1963, Rocha Lagoa fez o curso de Segurança e Desenvolvimento oferecido para civis e militares na Escola Superior de Guerra, tendo contato neste momento com a Doutrina de Segurança Nacional e Desenvolvimento, matriz teórica de grande importância defendida pela escola na época, e com a qual se identificou. Foi empossado no Ministério da Saúde em 30 de outubro de 1969, data da posse do general Emílio Garrastazu Médici na presidência da República. Para assumir o ministério deixou a direção do instituto e aposentou-se do serviço público. Durante sua gestão, a partir das prerrogativas conferidas pelo Ato Institucional nº 5, de dezembro de 1968, indicou a cassação das cátedras e aposentadoria compulsória de dez pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz, concretizando o que ficou conhecido como o “Massacre de Manguinhos”. Em junho de 1972 pediu demissão do Ministério da Saúde, pressionado pelo governo, depois que o Tribunal de Contas da União detectou irregularidades na utilização das verbas do ministério. Foi substituído por Mário Machado de Lemos (“LAGOA, Rocha”, [s.d.]; SANTOS, 2016).

(...) baseado nessa perspectiva de que é atividade preventiva; o que é atividade assistencial, quem deve fazer o que na ordem social do país, na estrutura aí. Então, arrumando as coisas, e segundo esta ótica de função social dos órgãos, e competência para fazer coisas, fiz uma proposta de uma lei Básica de Saúde, conforme a incumbência, a encomenda do Ministério. (...) **porque era uma maneira que não tinha nenhuma implicação, digamos, de quem leva vantagem, era uma pura arrumação digamos, taxionômica da coisa.**

(...). O Ministro da Saúde do tempo, que era o Paulo Almeida Machado, teria levado para o presidente, para aquela reunião do Conselho de Desenvolvimento Social, um trabalho que chamava Sistema Nacional de Saúde. (...). **Mas, todos esses trabalhos têm uma constante, que é a visão setorial do pessoal de Saúde Pública, sobre Saúde.** (...). **Você não encontra nesse tipo de trabalho uma abordagem digamos nem sociológica, e nem política, nem estrutural do problema saúde. Você encontra uma espécie de índice de tratado de doenças tropicais, e proposta de dinheiro para isso, dinheiro para isso.**

(...). E olhando assim, e basicamente depois daquele discurso na Escola Superior de Guerra, daquele que foi ministro da Fazenda do Geisel, o Paulo Reis Veloso, e que **depois o Geisel endossou aquilo como sendo o Programa de Metas do Governo, ou seja, o II PND. Quando aquele negócio foi confirmado, eu digo: (...). “Olha, se eu não sei. O negócio que ele precisa eu penduro naquele gancho direitinho”.** Peguei aquele trabalho da Lei Básica de Saúde, e comecei a trabalhar nele.

(...). Encaixei ali um troço que tinha o seguinte nome: Organização do Setor Saúde para o Desenvolvimento Social. Bom, o Nascimento⁵⁹ pega aquele negócio, leva para Brasília, quer dizer, um trabalho que foi feito a machado porque tinha citação bibliográfica sem a bibliografia, estava tudo feito a machado, de qualquer jeito. Mas, leva, vamos dizer assim, apenas o esqueleto da coisa para Brasília. Bom, ele tinha dito: “Se esse troço é para valer, eu sei fazer a gaveta que encaixa nesse buraco”. **Não deu outra, na semana seguinte o Nascimento Silva voltou exuberante. “O Presidente Geisel pegou esse troço e mandou assim: Olha aqui, o que eu quero está aqui, é isso aqui. Pega isso e manda baixar isso como Lei”.** Pegou.

Conforme já descrito neste mesmo capítulo, a Política Nacional de Saúde (PNS), elaborada na gestão do Ministro Mário Machado de Lemos, em

⁵⁹ Em alusão ao Ministro da Previdência e Assistência Social: Luiz Gonzaga do Nascimento e Silva.

1973, próximo à transição para o novo governo, onde assumiria a pasta Paulo de Almeida Machado, não consistia somente de um “tratado de doenças tropicais” e tampouco lhe faltava uma abordagem sociológica, política e estrutural do problema saúde. A PNS trazia uma proposta elaborada e, de certa forma, inovadora para o Sistema Nacional de Saúde, pois concretizava antigas propostas organizacionais para a saúde, conforme descrito nos capítulos anteriores, mas também propunha uma significativa mudança na “estrutura taxionômica da coisa”, que poderia “implicar em perda de vantagem” política e financeira para o MPAS, onde Murilo V. Bastos se inseria como assessor. Uma vez que o II PND já definia claramente dois grandes campos institucionais: o do Ministério da Saúde, de caráter eminentemente normativo e voltado para as ações coletivas de saúde e o do Ministério da Previdência e Assistência Social, com atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado, ficou evidente o que se devia “pendurar no gancho” para atender à expectativa do Presidente Geisel.

Em 05 de fevereiro de 1975, o CDS envia ao Presidente Geisel a Exposição de Motivos N° 001 (DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 1975, p. 0117), de autoria conjunta dos Ministros da Saúde, Previdência Social, da Educação e Cultura, do Trabalho, do Interior e do Ministro Chefe da Secretaria de Planejamento, com o projeto de lei que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Aprovado pelo presidente, em 28 de fevereiro de 1975, o projeto de lei é enviado ao Congresso, anexo à Mensagem N° 44 (DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 1975, p. 0116). Recebido pela Câmara dos Deputados, passa a se denominar projeto de Lei N° 9 (PL 9/75) e, em 06 de março de 1975, é encaminhado para avaliação e parecer das Comissões de Constituição e Justiça, de Saúde e de Finanças. Na Comissão de Constituição e Justiça, o Relator designado, Deputado Lauro Leitão, emite o parecer de aprovação, unânime, mas com Emenda (COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA, 1975, p. 1433). A emenda em questão trata do item VII, do artigo 1° (DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 1975, p. 4316–4317, grifo nosso):

Desdobre-se o item VII do art. 1º da forma:

"Art. 1.º -

VII - a) aos Estados, ao Distrito Federal e aos Territórios:
 1) instituir em caráter permanente o planejamento integrado de saúde da unidade federada, articulando-o com o plano federal de proteção e recuperação na saúde, para a Região em que está situada; **2) integrar suas atividades de proteção na saúde, para a Região em que está situada;** 2) integrar suas atividades de proteção e recuperação da saúde no Sistema Nacional de Saúde; 3) criar e operar, com a colaboração dos órgãos federais quando for o caso, os serviços básicos do Sistema Nacional de Saúde previstos para a Unidade Federada; 4) criar e operar as unidades de saúde do subsistema estadual, em apoio as atividades municipais; 5) assistir técnica e financeiramente os municípios para que operem os serviços básicos de saúde para a população local; 6) cooperar com os órgãos federais no equacionamento e na solução dos problemas de saúde de sua área.

Observando abaixo o exposto no projeto de lei que veio anexo à Mensagem Nº 44 (DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 1975, p. 0114–0115), verifica-se que a proposição da Emenda feita pela Comissão de Constituição e Justiça faz um acréscimo do seguinte item: “integrar suas atividades de proteção na saúde, para a Região em que está situada”, mantendo o restante inalterado:

VII - A) Aos Estados, ao Distrito Federal e aos Territórios:
 a) instituir em caráter permanente o planejamento integrado de saúde da unidade federada, articulando-o com o plano federal de proteção e recuperação da saúde, para a Região em que está situada; b) integrar suas atividades de proteção e recuperação da saúde no Sistema Nacional de Saúde; c) criar e operar, com a colaboração dos órgãos federais quando for o caso, os serviços básicos do Sistema Nacional de Saúde previsto e para a Unidade Federada; d) criar e operar as unidades de saúde do subsistema estadual, em apoio às atividades municipais; e) assistir técnica e financeiramente os municípios para que operem os serviços básicos de saúde para a população local; f) cooperar com os órgãos federais no equacionamento e na solução dos problemas de saúde de sua área.

Conforme veremos adiante, ainda que aprovada, esta emenda não constará da lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975.

De acordo com o exposto acima, pode se perceber que as ideias divulgadas pelas organizações internacionais e discutidas setorialmente no Brasil, no que tange ao planejamento em saúde nas diferentes esferas

administrativas, a criação de um sistema de saúde descentralizado, regionalizado e hierárquico, integrando ações de proteção e recuperação da saúde, estão razoavelmente contempladas na formulação do SNS.

Ao tramitar pela Comissão de Saúde, em 23 de abril de 1975, na 9ª Reunião Ordinária da Câmara dos Deputados, o PL 9/75 teve como Relator designado o Deputado Valério Rodrigues, que apresentou parecer favorável, porém, tendo o Deputado Ulisses Potiguar pedido vista do mesmo, foi adiada a votação. No dia seguinte, durante a 10ª Reunião Ordinária da Câmara dos Deputados, o Deputado Ulisses Potiguar apresentou um Substitutivo que, colocado em votação, foi aprovado por unanimidade, seguindo então o Projeto para a Comissão de Finanças. O Substitutivo em questão propõe as seguintes alterações (DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 1975, p. 4315, grifo nosso):

Art. 3º Compete ao Ministério da Previdência e Assistência Social, nos termos desta Lei, além do atendimento médico-assistencial individualizado:

(...)

h) promover medidas adequadas à redução do custo da assistência individual, inclusive pela construção e administração direta de hospitais, postos e casas de saúde, enfermarias e ambulatórios, com o fim de aumentar a assistência estatal no setor;

No projeto de Lei que veio anexo à Mensagem Nº 44, não estava previsto o item “h” no artigo que trata das competências do Ministério da Previdência e Assistência Social (na mensagem em questão, esse é o item II, do Art. 1º), se tratando de um acréscimo ao projeto original, o qual demonstra interesse na regulamentação de propostas que reduzam o custo da assistência individual, contando também com o aumento da rede própria “a fim de aumentar a assistência estatal no setor”, ou seja, diminuir a utilização do setor privado.

E ainda, como parte do Substitutivo (DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 1975, p. 4316, grifo nosso):

a) **competete aos Estados**, ao Distrito Federal e aos Territórios, nos termos desta Lei:

(...)

4) criar e operar as unidades de saúde do subsistema estadual, em apoio às atividades municipais, **mantendo os serviços de saúde de interesse das populações das microrregiões, especialmente de pronto-socorro;**

b) **competete aos Municípios**, nos termos desta Lei:

1) **participar da vigilância epidemiológica, em colaboração com os órgãos federais e estaduais;**

2) articular seus planos locais de saúde com os planos estaduais e federais para a área;

3) integrar seus serviços de proteção e recuperação da saúde no Sistema Nacional de Saúde.

Sobre o papel dos Estados, Distrito Federal, Territórios e municípios, o Substitutivo apresenta uma proposta que transfere aos Estados a responsabilidade de manter os serviços de pronto-socorro e propõe que os municípios participem da vigilância epidemiológica, em colaboração com os órgãos federais e estaduais, o que originalmente, no PL da Mensagem N° 44, informava que os municípios se encarregariam de manter os serviços de pronto-socorro e a vigilância epidemiológica, conforme segue (DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 1975, p. 0115, grifo nosso):

B) aos Municípios:

a) **manter** os serviços de saúde de interesse da população local, **especialmente os de pronto-socorro;**

b) **manter a vigilância epidemiológica;**

c) articular seus planos locais de saúde com os planos estaduais e federais para a área;

d) integrar seus serviços de proteção e recuperação da saúde no Sistema Nacional de Saúde.

O Deputado Federal Ulisses Potiguar pertencia à Arena, partido do governo, mas antes da instituição do bipartidarismo era do Partido Social Democrático (PSD), formado sob os auspícios de Getúlio Vargas, de caráter centrista, e que foi extinto pelo AI-2 baixado pelo Regime Militar em 27 de

outubro de 1965. Médico e natural do Rio Grande do Norte, conhecia de perto as dificuldades estruturais dos serviços de saúde dos pequenos municípios, o que possivelmente, mas não exclusivamente, influenciou o conteúdo do Substitutivo.

Ainda sobre a questão dos prontos-socorros, segundo narrativa de Murilo Villela Bastos (2004a, p. 22), em sua proposta original teria havido uma outra conotação, que foi alterada:

Só que fizeram duas besteiras, mudaram duas expressões minhas lá, e aí bagunçaram. Uma delas é o tal de Pronto Socorro, que eu não tinha escrito lá esse troço, porque você sabe como eu sou meticoloso nessas coisas, eu não escrevi aquilo não, mudaram (...), e botaram que era da responsabilidade das prefeituras era o pronto socorro. E eu sei que Pronto Socorro é a mesma coisa do que o que eu escrevi. Mas, todo mundo pensa que pronto socorro é um Hospital super equipado. Eu não escrevi pronto socorro, eu escrevi o primeiro socorro nas emergências.

É possível verificar semelhanças entre a 3ª CNS (1963) e o proposto para o SNS no que se refere à divisão de competências, atribuições e atividades entre os três níveis da administração, no sentido da descentralização e municipalização dos serviços em saúde. Pode ter sido em referência a esse documento a colocação acima de Murilo V. Bastos, visto que nele consta: “Os serviços municipais de saúde terão no mínimo as seguintes atividades: (...) 4 - prestação dos primeiros socorros de assistência a doentes; (...)” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1963, relatório da Comissão Técnica do Tema “c”, p. 2). Interessante destacar que apenas após o último relatório da 3ª CNS, emitido pela Comissão Técnica do Tema “c”: “Municipalização dos Serviços de Saúde”, e constando da última página do documento, é que aparece a questão dos primeiros socorros na alçada dos municípios, mostrando que desde então já era uma questão polêmica. Nesse sentido, é interessante ressaltar que embora o golpe de 64 tenha representado uma barreira de trânsito para as ideias progressistas da saúde, verifica-se que, aos poucos, algumas dessas ideias foram se reestabelecendo, ainda sob o regime. Ocorre que tais ideias já faziam parte da filosofia pública (saúde e desenvolvimento), iniciada na década de 50, assim como de certos consensos técnico-políticos, inclusive entre não

progressistas. Por outro lado, algumas dessas ideias foram filtradas pelo arcabouço institucional e grupos de interesses constituídos ao longo das décadas anteriores e não avançaram, como foi o caso da proposta de transferência de toda a estrutura e recursos (orçamentários e das contribuições dos segurados) dos serviços de saúde do INPS para o Ministério da Saúde, constante do projeto de lei para o SNS, elaborado durante o governo Médici.

Na 7ª Reunião Ordinária da Comissão de Finanças, realizada em 08 de maio de 1975, o Relator designado, Deputado Antônio Morimoto, emitiu o seguinte parecer sobre o PL 9/75 (DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 1975, p. 2890): “pela audiência da Comissão de Constituição e Justiça sobre o Substitutivo apresentado pela Comissão de Saúde, nos termos do parecer do Relator, aprovado por unanimidade”. Entretanto, neste mesmo dia, o Presidente da Comissão de Finanças, Homero Santos, enviou o ofício N° 079/75 (DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 1975, p. 2548) ao Presidente da Câmara dos Deputados solicitando que a Comissão de Constituição e Justiça fosse novamente ouvida sobre a Emenda Substitutiva apresentada pela Comissão de Saúde ao PL 9/75, apesar do parecer do Relator Deputado Antônio Morimoto pela sua aprovação. Sendo assim, o PL retornou à Comissão de Constituição e Justiça, novamente nas mãos do Relator Deputado Lauro Leitão que, na 3ª Reunião Ordinária realizada em 07 de junho de 1975, emitiu o seguinte parecer (DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 1975, p. 3823): “Pela constitucionalidade, juridicidade e rejeição, por falta de técnica legislativa da Emenda Substitutiva da Comissão de Saúde. Aprovado, unanimemente”. Foi então vetado o Substitutivo proposto pelo Deputado Ulisses Potiguar, da Comissão de Saúde.

Reencaminhado à Comissão de Finanças, na 13ª Reunião Ordinária, realizada dia 12 de junho de 1975, e tendo novamente como Relator o Deputado Antônio Morimoto, o PL recebeu o seguinte parecer (DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 1975, p. 4466): “Parecer favorável, com adoção da Emenda da Comissão de Constituição e Justiça, aprovado com voto em separado do Deputado Odacir Klein, que alertou para a inviabilidade da Proposição, salientando a incapacidade dos Municípios de manterem os

serviços preconizados na Proposição, em virtude de sua baixa receita. Vai à Coordenação de Comissões Permanentes”.

Sendo assim, com os pareceres finalizados: da Comissão de Constituição e Justiça, pela constitucionalidade e juridicidade, com emenda; da Comissão de Saúde, pela aprovação, com Substitutivo, com voto em separado do Sr. Valério Rodrigues (que aprovou o PL sem o substitutivo, naquela ocasião); da Comissão de Constituição e Justiça, emitido em audiência sobre o Substitutivo da Comissão de Saúde, pela constitucionalidade, juridicidade e rejeição por falta de técnica legislativa; e da Comissão de Finanças, pela aprovação, com adoção da emenda da Comissão de Constituição e Justiça, seguiu o PL para a Mesa Diretora da Câmara dos Deputados para redação final, em 16 de junho de 1975. A seguir, em 17 de junho de 1975, o Congresso Nacional aprova a sua redação final (DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 1975, p. 4318), este passa a ser denominado PL N° 9-B/1975 e é enviado ao Senado Federal, pelo Ofício 312, de 17 de junho de 1975⁶⁰.

Chegando à Mesa Diretora do Senado, em 18 de junho de 1975, o referido PL passa a ser denominado Projeto de Lei da Câmara N° 46, de 1975 (PL 46/1975 da Câmara dos Deputados) e é encaminhado para os pareceres das Comissões de Saúde e de Finanças. Em 25 de junho o Senado recebe o Requerimento N° 254, do Senador Petrônio Portella, solicitando urgência (DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 1975, p. 2920). Aprovado o Requerimento N° 254, o PL foi discutido no mesmo dia, em turno único, para os Pareceres da Comissões de Saúde e de Finanças do Senado. Tanto pela Comissão de Saúde, a partir do parecer do Senador Rui Santos, como pela Comissão de Finanças, com o parecer do Senador Mattos Leão, o PL 46/1975 da Câmara dos Deputados foi considerado aprovado (DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 1975, p. 2934–2936). Ao seguir para discussão final da matéria, o Senador Gilvan Rocha, do MDB, pede a palavra e questiona (DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 1975, p. 2936):

⁶⁰ É possível verificar toda a tramitação deste PL on-line, pelo site da Câmara dos Deputados (CÂMARA DOS DEPUTADOS, [s.d.]), com acesso aos documentos. Entretanto, sobre o Ofício mencionado, não foi possível localizar o documento.

(...) não posso deixar de registrar estranheza ante o requerimento de urgência, apresentado e aprovado para este projeto. Se existe um setor onde é preciso estudo minucioso, detalhado inclusive, porque é um dos pontos mais vulneráveis da política governamental é a Política Nacional de Saúde. Sr. Presidente, acaba de nos chegar às mãos o projeto e verificamos que um dos maiores anseios da classe médica brasileira, qual seja, a absorção, pelo Ministério da Saúde, dos serviços do famigerado Instituto Nacional da Previdência Social, não foi realizada nessa proposição.

Como ninguém mais se pronunciou, o Presidente do Senado, Wilson Gonçalves, encerra a discussão, quando então o Senador Franco Montoro, também do MDB⁶¹, solicita e assume o encaminhamento da votação.

É então que, antes de proceder à votação, o Senador faz um discurso em apoio ao Senador Gilvan Rocha. Ele também critica a celeridade com a qual foi tratada a matéria, em questão de “algumas horas”, a qual merecia um estudo minucioso, inclusive pelos órgãos representativos da Saúde Pública do Brasil, visto ser o assunto “da maior gravidade, do maior interesse público”. Lamentando não ter maioria na Câmara de modo a reverter o processo, informa que “o Movimento Democrático Brasileiro votará contra a proposição, para manifestar o seu desacordo com a urgência, que tirou dos órgãos competentes e dos próprios Srs. Senadores a possibilidade de um exame mais aprofundado da matéria” (DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 1975, p. 2936). A seguir, procedeu-se à votação, sendo o PL aprovado em maioria, e seguindo a matéria para sanção (DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 1975, p. 2936).

Na prática, o SNS resultou de uma lei basicamente instituída pelo executivo, pois conforme descrito acima, seu PL não foi devidamente avaliado pelo Congresso (prejudicando principalmente o Senado, pela aprovação do pedido de urgência), não contou com a participação das instâncias estaduais e municipais, dos órgãos representativos da classe médica e tampouco da própria

⁶¹ O senador Franco Montoro foi o organizador da campanha nacional do MDB para as eleições parlamentares de novembro de 1974, com um resultado extremamente favorável ao MDB, que obteve a vitória nos grandes estados e conseguiu eleger 16 senadores contra 6 da Arena (“ANDRE FRANCO MONTORO | CPDOC - Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil”, [s.d.]).

população. Era um regime mais brando, mas ainda autoritário em suas prioridades. Segundo Immergut (1992, 1996), há um confronto de interesses na aprovação de uma lei, uma vez que se coloca em questão quem ganha ou quem perde. De acordo com as regras institucionais do jogo político, constituem-se diferentes pontos de veto ou aprovação. No Brasil, contudo, o contexto da tramitação do PL do SNS era de um regime militar, bipartidário, sendo a maioria parlamentar da situação, com minoria da oposição democrática. Conforme afirma Fonseca (2007, p. 16): “Regras constitucionais, organização dos partidos políticos e padrões de participação do eleitorado interferem, com sua lógica própria, sobre o processo decisório”.

Finalmente, em 17 de julho de 1975, a Lei n° 6.229 que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde (Anexo III para o texto integral), foi sancionada pelo Presidente (Figura 8) e transformada em norma jurídica, sendo inclusive noticiada no Jornal do Brasil, de mesma data, com título “Sistema de Saúde terá sanção hoje” (JORNAL DO BRASIL, 1975).

Figura 8: Ernesto Geisel, João Paulo dos Reis Velloso, Paulo Machado, Luiz Gonzaga do Nascimento e Silva por ocasião da criação do Sistema Nacional de Saúde, em 17 de julho de 1975.



Fonte: (ARQUIVO ERNESTO GEISEL: CPDOC/FGV, 1975b)

Sendo assim, a afirmação que Carlos Gentile de Mello fez sobre essa Lei em seu artigo “Sistema Nacional de Saúde: Proposições e Perspectivas”: “(...) foi aprovada no Congresso Nacional, em regime de urgência, sem emendas, com voto da liderança, e sancionada, sem vetos, pelo presidente da República” (MELLO, 1976, p. 24), não se confirma em seu inteiro teor, como acima demonstrado, pois houve emenda (ainda que teoricamente), assim como proposta de substitutivo e voto contrário no Senado. Conforme notícia publicada no Jornal do Brasil, em 18 de julho de 1975, dia seguinte à sanção da Lei, e de título “Geisel exalta ação Legislativa ao criar o Sistema de Saúde” (JORNAL DO BRASIL, 1975), o próprio Presidente, ao elogiar a participação do Legislativo, enuncia que esse papel se deu: “através da discussão do projeto e da apresentação emendas aperfeiçoadoras” (JORNAL DO BRASIL, 1975, p.

7). Também não se confirma em inteiro teor a afirmação do Ministro Paulo de Almeida Machado, de que havia “numerosas emendas mutilando o projeto” (ARQUIVO ERNESTO GEISEL: CPDOC/FGV, 1975a).

A criação do SNS anunciava, como objetivo principal, a correção da multiplicidade institucional descoordenada no setor público. Segundo a Lei, o complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da saúde, constituem o SNS, e em seu 1º artigo afirma que tratará de atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, além de definir as atribuições de cada Ministério, mantendo a divisão entre ações de cunho coletivo (Ministério da Saúde), individual (Ministério da Previdência e Assistência Social), formação de recursos humanos para a saúde (Ministério da Educação e Cultura) e ações de saneamento (Ministério do Interior). Conforme o artigo 1º parágrafo VII, no que concerne às responsabilidades das esferas municipal, estadual e federal, percebe-se uma lógica de descentralização hierarquizada do planejamento e organização das ações em saúde, que devem estar de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde.

Sobre o setor privado, a mesma notícia mencionada acima, publicada no *Jornal do Brasil*, em 18 de julho de 1975, e de título “Geisel exalta ação Legislativa ao criar o Sistema de Saúde” (JORNAL DO BRASIL, 1975), informa que o Ministro da Previdência e Assistência Social, durante um discurso de improviso, pela ocasião da sanção da Lei, afirmou que o Governo não pode prescindir da iniciativa privada no setor da saúde e que, de sua parte, não haveria nenhuma tendência estatizante, mas sim uma ação de supervisão das atividades, só interferindo nos casos de comprovada corrupção ou infração de dispositivos legais que regem as atividades do setor.

Deste modo, fica evidente uma divisão de atribuições em diferentes áreas governamentais, que necessitariam de uma integração e coordenação bastante ajustadas para se alcançarem os objetivos propostos no Plano Nacional de Saúde, sem duplicidade de esforços e gastos. Entre outras questões, a regulamentação do SNS teria que lidar com os desafios de integrar as práticas de saúde pública com as da medicina previdenciária, articular a rede de

atendimento pública com a privada e coordenar as diferentes esferas governamentais de modo a regionalizar a assistência médica, considerando o perfil epidemiológico local.

5.2.1 A 5ª Conferência Nacional de Saúde: apresentando o SNS

No período de 5 a 8 de agosto de 1975, tem lugar a 5ª Conferência Nacional de Saúde (5ª CNS), no Palácio Itamaraty, em Brasília. Em seu discurso de abertura, o Presidente Geisel informa que efetivou um “conjunto de medidas que terão grandes repercussões no quadro institucional, nos mecanismos operativos e no comportamento funcional do sistema público de serviços de saúde”, “no sentido de fixar, prioritariamente, uma nítida definição do quadro institucional vigente” e resolver a “insuficiência de coordenação e de entrosamento entre entidades e agentes de saúde”, de modo a melhorar a produtividade global do setor (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1975, p. 21).

De acordo com o exposto, a política social ganha relevância para o governo neste momento, o que se deduz também a partir da constatação de elevada dotação de recursos financeiros para o orçamento social, onde ocupa a primeira colocação no programa de investimentos previsto no II PND (BRASIL, 1974a, p. 117–118). As palavras de ordem incluem planejamento, racionalidade, cobertura, integração e desenvolvimento. Ainda no discurso de abertura da 5ª CNS, o presidente também menciona o incentivo à pesquisa, por ele referida como base para a saúde, através da Política Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, inclusive com recuperação da Fundação Oswaldo Cruz, desestruturada durante o período do golpe militar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1975).

A 5ª Conferência Nacional de Saúde contou com a presença dos Ministros das Relações Exteriores, da Saúde e dos demais Membros do Conselho de Desenvolvimento Social, representantes do Senado e da Câmara Federal e outras altas autoridades do país. Para a realização dos trabalhos da Conferência participaram ainda 217 delegados, 77 observadores e teve, como convidado especial, o Dr. Hector Acuña, Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde. Foram realizadas 7 sessões plenárias, tendo sido a

primeira e a última presididas pelo Ministro da Saúde, Paulo de Almeida Machado. Os participantes foram distribuídos em 14 grupos de trabalho para discutir cada um dos 5 temas selecionados para a Agenda, sendo o Sistema Nacional de Saúde o Tema 1, apresentado pelo Secretário Geral do MS, José Carlos Seixas.

Na introdução do Tema 1 são colocadas as premissas da institucionalização do recém criado Sistema Nacional de Saúde (BRASIL, 1975), brevemente descritas a seguir: a adoção de uma abordagem sistêmica de conhecimento e intervenção na realidade do binômio saúde-doença, a elaboração de um mecanismo de organização e funcionamento dos serviços de saúde fundamentado principalmente na teoria de sistemas, a ampliação da cobertura dos serviços de saúde à população de difícil acesso, sendo que estes deverão incluir atividades de promoção e prevenção em saúde, além dos serviços assistenciais curativos.

Continuando sua narrativa, passa então a descrever as terminologias utilizadas: Sistema, Tipos de Sistema, Organização Sistêmica, Institucionalização de um Sistema, faz uma breve apresentação das principais partes de um sistema e conclui com uma esquemática explicação sobre o Processo de Organização Racional de um Sistema de Saúde, com as possíveis interferências e desfechos. Sobre “sistema”, informa a seguinte definição:

Entende-se ou caracteriza-se como “sistema” um **conjunto de partes** ou elementos de uma realidade que, no **desenvolvimento de suas ações** guardam entre si relações diretas de **interdependência** com mecanismos recíprocos de **comunicação e bloqueios** de tal modo, que as ações desenvolvidas resultam na obtenção de **objetivos comuns** (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1975, p. 31, grifo do autor).

A linguagem e o conteúdo apresentados se assemelham à lógica econômica e administrativa, exemplificando o pragmatismo racionalizador do momento. Interessante lembrar que neste mesmo ano foi elaborado o já mencionado trabalho “Formulación de Políticas de Salud” (CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACIÓN DE LA SALUD, 1975) que elege a análise sistêmica como forma de abordagem da política de saúde, a qual prescinde de uma organização do setor saúde em torno de uma única instituição, conforme se verifica no trecho deste documento, a seguir:

Uma característica generalizada do próprio componente político é o seu pluricentrismo; na realidade, as várias instituições ou o corpo do estado, e por vezes os seus níveis hierárquicos, funcionam como um subsistema, com centros próprios, com muita autonomia no campo das suas atribuições específicas e em relação a determinados tipos de decisão (CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACIÓN DE LA SALUD, 1975, p. 13, tradução livre).

Não obstante, conforme relato do Ministro da Saúde, em seu despacho com Presidente Geisel⁶²: “inicialmente patenteou-se o desconhecimento da teoria de sistemas e perplexidade ante à exposição de uma organização sistêmica”, havendo uma disputa pela liderança dentro do SNS, durante a realização da 5ª CNS (ARQUIVO ERNESTO GEISEL: CPDOC/FGV, 1975a, n.p.):

(...) houve uma tendência à fuga à inovação, concentrando-se alguns grupos de trabalho na disputa de hegemonia, assunto mais atraente principalmente para alguns elementos mais antigos do MPAS e do MS que preferiam disputar a posição de “cabeça do sistema” ao invés de discutir como funciona um sistema.

Segundo o ministro, os ânimos se acalmaram quando, no segundo dia da Conferência, foi definido o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), subordinado diretamente ao Presidente da República, como a “cabeça do sistema”. Aparentemente sanada esta questão, alguns meses depois (26 de dezembro de 1975), em despacho com o Presidente (tópico 4: Informes Gerais), o Ministro da Saúde informa que:

Há indícios de progresso na interação com o MPAS na tentativa de regulamentação do Sistema Nacional de Saúde. As últimas reuniões de técnicos se desenvolvem num espírito mais cordial, mais racional, sem disputa de hegemonia (ARQUIVO ERNESTO GEISEL: CPDOC/FGV, 1975a, n.p.).

Já no relato de Murilo Villela Bastos (2004a, p. 2–3) sobre o recepcionamento do SNS na 5ª CNS, a questão parece ter sido outra:

⁶² Embora a data constante no documento que trata do mencionado despacho seja 15 de julho de 1975, deduzo que houve um erro de digitação, pois o tópico 2 trata de relatar a 5ª CNS, e ela ocorreu posteriormente a essa data, de 5 a 8 de agosto de 1975. Deste modo, não foi informada a data do despacho no texto.

Bom, a primeira coisa foi que o Ministério da Saúde tomou uma atitude defensiva com relação ao Sistema Nacional de Saúde, e torciam, os seus representantes, as interpretações de uma maneira curiosa, dando a impressão de que havia uma ciumada, porque o nome Sistema Nacional de Saúde era o nome que o Ministério da Saúde tinha dado ao seu trabalho apresentado ao General Geisel, Presidente Geisel. E o trabalho que recebeu o nome, foi o trabalho apresentado pelo Ministério da Previdência (...).

Acompanhando de perto a discussão sobre o SNS na 5ª CNS, o Jornal do Brasil publicou uma matéria de título “Obstáculos”, em 07 de agosto de 1975, onde faz referência à discussão dos participantes sobre os principais empecilhos a serem enfrentados pelo SNS (JORNAL DO BRASIL, 1975, p. 16), e que seriam:

- 1- Ausência de uma política que defina diretrizes e fixe objetivos para as diferentes instituições de saúde e definição dos programas;
- 2- Ausência de integração dos programas que visam ao mesmo objetivo e que estão a cargo de diferentes órgãos;
- 3- Ausência de coordenação das múltiplas instituições em cada nível de Governo e dos diferentes níveis de Governo em função dos objetivos de saúde;
- 4- Ausência de coordenação regional e integração programática a nível de execução;
- 5- Falta de conscientização dos dirigentes das instituições de saúde para os interesses básicos e anseios da população;
- 6- Falta de capacitação adequada e quantidade dos recursos humanos disponíveis para as funções de assistência à saúde;
- 7- Deficiência dos mecanismos estruturais de informação e de utilização dos recursos humanos e financeiros para saúde.

E para corrigir essas situações, os participantes da Conferência recomendavam (JORNAL DO BRASIL, 1975, p. 16):

- 1- Reforçar o Conselho de Desenvolvimento Social, complementá-lo com um grupo de coordenação de nível técnico, fomentar a criação de órgãos de coordenação das atividades de saúde a nível estadual e municipal, com base em suas secretarias de saúde;
- 2- Coordenação intersetorial a nível macrorregional;
- 3- Criação de um subsistema de informação
- 4- Criação de um organismo de administração financeira do SNS;
- 5- Integração a nível municipal.

Conforme discurso do Dr. Hector Acuña, diretor da OPAS e convidado especial desta Conferência, era primordial a ampliação da cobertura dos serviços de saúde à toda população:

As atividades de colaboração da Organização devem por finalidade estender a cobertura de saúde a todas as pessoas às quais possam chegar, com todos os meios a seu alcance. Só quando tiver sido atingido este objetivo, é que se deve facilitar um serviço da mais alta qualidade possível, mas sem comprometer o objetivo imediato que é a cobertura total (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1975, p. 317).

A expansão da cobertura se daria então a partir de uma ênfase nos serviços de baixa complexidade, em sua maioria de caráter preventivo, coletivo e de custo usualmente mais baixo, o que denota a incorporação de conceitos da medicina preventiva e do planejamento (racionalidade), conforme descritos nos capítulos anteriores.

Em contribuição à discussão sobre o SNS na 5ª CNS, uma equipe técnica do MPAS, sob a liderança de Murilo Villela Bastos (assessor do grupo de estudos especiais do MPAS), elaborou e apresentou um documento intitulado: “Sistema Nacional de Saúde”, que se propõe a realizar “um delineamento de organização sanitária para o Brasil” (MPAS, 1975, p. 4). Segundo o texto:

Entende-se assim por SISTEMA a articulação de um conjunto de instituições interdependentes para um objetivo comum.

O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE é a articulação ordenada de conjunto de instituições e organizações que participam na proteção ou na recuperação da saúde da população, ou no variado conjunto de atividades de apoio a essas ações, administrando algum processo ou executando atividades específicas (MPAS, 1975, p. 34).

De acordo com este documento, “o objetivo do SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE é assegurar, **a todo cidadão**, direito aos benefícios que as ciências da saúde podem produzir e que nossa economia comporta, ...” (MPAS, 1975, p. 34–35, grifo nosso), o que estava em consonância o intenso debate em saúde que ocorreu no período do pós-guerra, mas que vinha na contramão da tradição brasileira, na qual os serviços assistenciais eram prestados por instituições de filantropia e pela iniciativa privada (para aqueles que podiam pagar), sem uma intervenção estatal de modo a organizar o setor. Segundo Vater (1996), a estratégia de universalização do Governo Geisel, presente não somente no SNS, mas também no PPA e no PIASS, conforme descrito anteriormente,

rompeu com o critério contributivo para acesso aos serviços de saúde, reconhecendo algum tipo de igualdade entre os indivíduos: “ O atributo de pertinência agora recai sobre a noção de cidadania, de identidade nacional, de Estado brasileiro” (VATER, 1996, p. 122), privilegiando o critério político frente ao econômico.

Diante da necessidade de o governo assumir as rédeas da saúde, como forma de prover um serviço de maior cobertura e integralidade, ocorre um conflito com os interesses liberais da categoria médica, tornando-se então fundamental a elaboração de uma política de saúde com os objetivos a serem alcançados, a partir de um diagnóstico situacional, que o documento descreve como:

Figura 9: Situação atual e prevista no Sistema Nacional de Saúde, segundo trabalho realizado pela equipe de assessores do MPAS, sob a liderança do sanitarista Murilo Villela Bastos, intitulado “Sistema Nacional de Saúde”.

SINOPSE		
Situação atual e prevista no Sistema Nacional de Saúde		
Itens	situação atual	situação prevista
Objetivos	-produção de serviços pagos -satisfação da clientela -lucro	Reduzir mortalidade invalidez incap. temporária morbidade
Definição de atribuições	confusa descoordenada conflitante	hierarquizada regionalizada coordenada
Controle e avaliação	aleatórios episódicos estatísticas de produção de atos remunerados, ou de justificação de gastos	permanente avaliação de resultados auditação especializada
Processo decisório	a cargo de inúmeras entidades públicas e privadas, sem definição de níveis de competência ou de responsabilidade	definição de competências e atribuições em quatro níveis hierárquicos
Dispêndio de recursos	disperso mal conhecido sem programação por objetivos sem controle	conhecido anualmente programado por objetivos controlado
Clientela	mal identificada várias categorias com diferentes direitos	definida - toda a população com iguais direitos

Fonte: (MPAS, 1975)

Sobre esta questão, o documento elenca ainda as seguintes situações:

- A concentração de recursos em atividades assistenciais, principalmente a hospitalar, sabidamente mais cara;
- A falta de uma organização básica de serviços comunitários de saúde que assegure ações de caráter preventivo;
- O privilegiamento do médico como principal responsável pelas ações em saúde, em detrimento de pessoal técnico e auxiliar;
- A não coordenação das múltiplas entidades que atuam no setor levando ao desperdício de esforços e lacunas de serviços;
- A falta de compreensão, por parte dos profissionais de saúde, das inter-relações entre os condicionantes de saúde, além de ausência de capacidade de liderança e de conhecimento de técnicas de motivação comunitária, necessárias para uma adequada organização dos serviços de saúde;
- A indefinição dos objetivos da estrutura de saúde do país por meio de uma política que oriente e integre os órgãos responsáveis pela formação e capacitação de pessoal e as instituições que administram os recursos destinados à prestação de serviços.

Quanto a este último, exemplifica com o caso do Ministério da Educação e Cultura, que permite que as instituições oficiais de ensino formem profissionais de saúde em uma lógica liberal, na qual as carreiras de maior prestígio assumem a liderança das escolhas, e os profissionais médicos se distribuem conforme a geografia da concentração de renda, tendo como consequência a perpetuação de grandes vazios de oferta assistencial nas regiões menos favorecidas do país.

E, como medidas possíveis de terem grande influência na melhoria das condições de saúde, o documento elenca como necessário:

- a) reduzir a pobreza absoluta, ou seja, o contingente de famílias com nível de renda abaixo do mínimo admissível, com respectiva consequência quanto a alimentação, educação e habitação;
- b) combater a poluição da pobreza, isto é, a carência de requisitos básicos de saneamento e controle biológico, indispensáveis à saúde das populações de

baixa renda, para o que cumpre, principalmente, prover de água e esgoto as populações e eliminar as endemias;

c) aumentar as oportunidades de emprego da mão-de-obra a taxas superiores às do crescimento demográfico;

d) melhorar a qualificação da mão-de-obra para elevar a produtividade e a capacidade de geração de renda;

e) melhorar a distribuição da renda pessoal e regional, simultaneamente com o crescimento econômico.

De acordo com o exposto acima, sobressai o caráter progressista do documento, em vista da centralidade da discussão acerca da pobreza, em pleno regime militar. Verifica-se também um discurso que se aproxima ao sanitarismo desenvolvimentista, conforme trecho de conclusão do documento, a seguir:

Em verdade, muitos estudos feitos no último quarto de século fazem crer que a maioria das doenças de massa tende a desaparecer com o desenvolvimento econômico pelo menos quando este é acompanhado de uma razoável distribuição de renda (MPAS, 1975: 22).

O mecanismo ideológico que opera nestas condições é colocar o problema como situado fora do processo produtivo, ou seja, nas questões sociais, como educação, saúde, previdência e assistência social, e assim, o aparelho produtivo, em vez de causa, se tornaria a solução. Nessa premissa, intensificar a industrialização seria o melhor caminho para se alcançar os meios necessários para a solução dos problemas sociais (AROUCA, 1975), visão esta compartilhada por Murilo Villela Bastos, conforme seu relato (BASTOS, 2004a, p. 9):

(...) naquele período, que você se referiu a partir de [19]64, a tese expressa, ou não do governo, era: nós não podemos dividir mais bolo, se o bolo não crescer primeiro antes de ser dividido, certo? Então, usando um raciocínio absolutamente, digamos, matemático, tecnocrático perfeito, o que esse governo da ditadura fez? Eu acho até que foi um, digamos, se pode ser no máximo ingênuo, mas, que ele não pode ser questionado de bem-intencionado, não pode. Por quê? Porque a primeira coisa que se tentou fazer para melhorar a saúde no Brasil foi dar mais riqueza para o brasileiro, ou seja, mais bens com que obter saúde, entre os bens podia ser até comida, transporte, educação, enfim tudo.

Então, a função precípua do governo não é dar remédio para o que está doente, é ver se consegue fazer com que as pessoas não fiquem doentes. (...). Então, eu acho que um governo que cuidou de desenvolvimento econômico, ele foi um governo que cuidou de saúde. Porque saúde é produto final de desenvolvimento, é bem-estar. Bem-estar você tem que ter bens.

Em conclusão, o documento delineava o seguinte cenário na saúde pública brasileira (MPAS, 1975, p. 9–10, destaque do autor):

Em relação à organização ambicionada o que temos seria, pelo menos: INSUFICIENTE, DESCOORDENADO, MAL DISTRIBUÍDO e INADEQUADO às reais necessidades da maioria, condições que fazem nossa organização sanitária POUCO EFICAZ e de BAIXA EFICIÊNCIA na solução dos problemas de saúde ainda prevalentes no País.

O diagnóstico realizado a partir deste estudo reforçava a necessidade de uma maior intervenção estatal para coordenar o complexo aparato então existente de atenção à saúde, valendo-se dos conceitos que já vinham sendo discutidos no campo da saúde pública desde a década de 40, de regionalização, hierarquização e coordenação de serviços, utilização de técnicas simplificadas: “... atividades que a menor custo unitário resultarem no maior benefício para o maior número de pessoas” (MPAS, 1975, p. 31) e planejamento: “o planejamento de um programa de utilização racional dos recursos existentes é tão importante quanto o da implantação de uma rede nacional de recursos médico-sanitários e assistenciais, ...” (MPAS, 1975, p. 31).

A proposta para o Sistema Nacional de Saúde (SNS), apresentada neste documento, optou por um formato que manteve a dicotomia em ações de saúde já existente entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social, e a liberdade de atuação do setor privado na saúde, conforme explicitado neste trecho do documento:

O Sistema Nacional de Saúde não implica necessariamente a unificação dos serviços de saúde existentes, como também não requer a estatização das atividades privadas. Deve, contudo, organizar e ampliar a participação do Poder Público nas atividades de prestação de serviços de saúde às pessoas, para poder assegurar, a todo cidadão, acesso aos benefícios básicos da moderna medicina científica (MPAS, 1975, p. 41)

Entretanto, a efetivação do SNS se encontrava diante de um paradoxo: era necessário organizar e garantir a cobertura para a demanda crescente por assistência, sendo que a prestação desses serviços estava basicamente nas mãos da iniciativa privada, que além de onerosa, não manifestava interesse em ceder sua “clientela” para as ações de saúde preventivas e coletivas de responsabilidade do Ministério da Saúde. Além disso, diante da crise financeira já existente, não foram garantidas novas fontes de receita, mantendo-se a contribuição dos segurados como esteio da previdência social que, diante das despesas crescentes decorrente da incorporação progressiva de não segurados rumo à universalização, se mostrava claramente insuficiente.

Ainda neste documento, é feita uma proposta de organização e estrutura do SNS (MPAS, 1975, p. 36), que deveria ser dirigido e coordenado pelo Conselho de Desenvolvimento Social e contaria com três subsistemas: Saneamento e Controle do Meio Ambiente (SCMA), Prestação de Serviços de Saúde às Pessoas (PSSP) e Apoio às Atividades do SNS (SSAA). Os recursos materiais e humanos necessários à saúde seriam viabilizados a partir da integração entre União, estados, municípios, previdência social e setor privado (MPAS, 1975, tópico 6, s.p.). Em cada subsistema estariam reunidas, para fins de planejamento, coordenação e controle, as atividades subsetoriais de objetivos comuns. As atividades de saúde continuariam a cargo das respectivas instituições e órgãos de execução, sendo que, a partir da implantação do sistema, elas ficariam sujeitas às diretrizes, normas e padrões do órgão de planejamento e coordenação de cada subsistema. Na Lei 6.229 (desde seu Projeto de Lei), a terminologia “subsistemas” foi substituída por “áreas”: “Art. 2º Parágrafo único: Para fins programáticos, os planos setoriais serão classificados pelas seguintes áreas...” (BRASIL, 1975), e na 6ª CNS aparece como “áreas programáticas de atuação” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1977a, p. 173–180), estruturadas conforme segue:

- Meio ambiente
 - Saneamento básico
 - Ecologia Humana
 - Saúde Ocupacional
 - Vigilância Sanitária
- Prestação de Serviços a Pessoas
 - Rede de Assistência Médico-Hospitalar
 - Rede de Assistência Médico-Sanitária
- Atividades de Apoio
 - Diagnóstico de Saúde
 - Planejamento
 - Recursos Humanos
 - Produção e Distribuição de Insumos Básicos
 - Hemoterapia
 - Laboratórios de Saúde Pública
 - Vigilância Epidemiológica
 - Modernização Administrativa e Organização de Serviços de Saúde
 - Pesquisa

No que tange à Prestação de Serviços a Pessoas, a rede de Assistência Médico-Hospitalar, assumindo o caráter crescente de sua demanda, deveria oferecer assistência médica integral, abrangendo medidas preventivas, curativas e reabilitadoras e a rede de Assistência Médico-Sanitária operaria segundo medidas de alcance coletivo, com ampla cobertura e acessibilidade (universalização) com o objetivo de elevar os níveis de saúde da comunidade, atuando prioritariamente junto às comunidades de baixa renda, zona rural, regiões pioneiras e nas periferias dos centros urbanos.

Note-se que a repercussão desse trabalho foi grande, sendo inclusive notícia de páginas inteiras em jornal de grande circulação na época: o *Jornal Opinião*⁶³, em 02 de janeiro de 1976, com o título: “Saúde – Um diagnóstico

⁶³ O “*Jornal Opinião*” foi um semanário brasileiro fundado no Rio de Janeiro em novembro de 1972 e extinto em abril de 1977. Destacou-se como um jornal ligado à chamada “imprensa

desolador”, sendo nele expressamente assinalado como “o mais importante documento apresentado nesse encontro” (JORNAL OPINIÃO, 1976, p. 4).

Segundo Cordeiro (1983), diante do fortalecimento da primeira rede, havia uma tendência do SNS que apontava para a organização da prática médica segundo a lógica de mercado e no sentido do assalariamento, tendo o médico as opções de ser um funcionário da instituição oficial ou um empregado da empresa médica privada. Surgia um novo tipo de profissional que substituiria o médico de consultório, da prática liberal da medicina e que trabalha isoladamente, pelo médico previdenciário, assalariado, vinculado à instituição de saúde, com seu trabalho regularizado por normas técnicas e administrativas, e avaliado em termos qualitativos e quantitativos.

Como resultado do Sistema Nacional de Saúde, verifica-se a existência de duas redes autônomas e mutuamente complementares na prestação dos serviços de saúde: uma médico-sanitária, sob o controle do setor público (MS), e outra médico-hospitalar, gerida pelos setores público e privado (MPAS), o que, segundo Braga e Paula (1986), não traduz um modelo recomendável a nível operacional. Às propostas de unificação do sistema, os diversos núcleos de poder responderam com projetos que substituíam essa unificação por mecanismos de coordenação (ESCOREL, 1999) e, sendo assim, na formulação da lei 6.229 que criou o SNS, a visão estatizante se traduziu em uma lógica sistêmica e pluriinstitucional, com comando centralizado no CDS: “órgão supraministerial que tinha a sua frente o próprio chefe de estado que, em última instância, comandava um único sistema de saúde” (VATER, 1996, p. 84). Na visão sistêmica, considerava-se ser possível superar contradições e obstáculos político administrativos em grupos pluriinstitucionais através de adequados mecanismos de coordenação e têm-se registros, desde então, de iniciativas referentes a mecanismos de coordenação e articulação entre os componentes do SNS, particularmente entre o MS e o MPAS. Não obstante, com o SNS também se sedimentam certas tradições e ideias, algumas das quais

alternativa”, concentrando-se na veiculação de artigos escritos por jornalistas e intelectuais de oposição ao regime militar e chegou a atingir, em seu terceiro número, uma tiragem de 40 mil exemplares, tamanha sua repercussão no cenário nacional. (FERREIRA, 2001).

antigas, como visto nos capítulos 2 e 3: a inserção do planejamento na estrutura administrativa das esferas estatais, o papel do Estado como ente regulador, a descentralização, hierarquização e coordenação de todos serviços de saúde, e até mesmo a unificação da gestão dos serviços de saúde, ainda que no caso do SNS, esta tenha se efetivado pelo CDS.

Conforme previsto na Lei do SNS, Art 7º: “O Poder Executivo baixará os atos necessários à implementação da disciplina aprovada por esta Lei” (Anexo III), e, de fato, a seguir, ambos os ministérios, MS e MPAS, instituem atos buscando criar condições infra estruturais para a operação do SNS, em suas respectivas áreas de atuação. Sendo assim, no âmbito de atuação do MS, é criada a Lei 6.259, em 30 de outubro de 1975, estabelecendo o Sistema de Vigilância Epidemiológica, o Decreto 76.973, em 31 de dezembro de 1975, dispondo sobre as normas e padrões para prédios destinados a serviços de saúde e o credenciamento e contratos para este fim, o Decreto 77.052, de 19 de janeiro de 1976, sobre a fiscalização sanitária das condições do exercício das profissões e ocupações relacionadas à saúde, a Lei 6.360, em 23 de setembro de 1976, e o Decreto 79.094, em 05 de janeiro de 1977, estabelecendo normas para a Vigilância Sanitária de medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e outros produtos de interesse à saúde pública, entre outros, e especialmente o Decreto 79.056, em 30 de dezembro de 1976, que reestrutura o próprio ministério. Por parte do MPAS, citando algumas medidas, foi estabelecido o Decreto nº 76.719, de 3 de dezembro 1975, que aprovou uma nova estrutura básica do Ministério da Previdência e Assistência Social, a Lei nº 6.367, em 19 de outubro de 1976, que ampliou a cobertura previdenciária de acidente do trabalho e a Lei nº 6.439, em 1º de setembro de 1977, que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS⁶⁴, responsável pela proposição da política de previdência e assistência médica, farmacêutica e social, bem como pela supervisão dos órgãos que lhe são subordinados, e das entidades a ele vinculadas. A fim de assegurar a comunicação sistemática entre

⁶⁴ O SINPAS consistiu em uma reestruturação do sistema previdenciário baseada na redistribuição dos poderes, utilizando como critério as diferentes atividades prestadas, valendo-se também de uma perspectiva sistêmica da organização de serviços entre as diversas instituições componentes (VATER, 1996, p. 116).

ambas as Pastas e promover a integração dos planos e programas de saúde nacionais, foi criada a Comissão Permanente de Consulta a partir da Portaria Interministerial 01/76-Bsb, de 20 de julho de 1976, com o objetivo de ser um fórum permanente de consulta, debates e amadurecimento entre as duas instituições (ARQUIVO ERNESTO GEISEL: CPDOC/FGV, 1974; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1977a; IPEA, 1979).

5.2.2 A 6ª Conferência Nacional de Saúde: diretrizes para a gestão do SNS

A Lei 6.229 foi muito sucinta no que tange à operacionalização do SNS, abordada brevemente no seu Artigo 5º, a seguir (BRASIL, 1975):

Art 5º Os Ministérios que desempenhem atividades incluídas no Sistema Nacional de Saúde, com base no levantamento dos problemas epidemiológicos e no diagnóstico da situação de cada área do País, inclusive no que tange aos recursos físicos, humanos e financeiros disponíveis, elaborarão programas regionais levando sempre em conta a participação de todos os órgãos públicos e privados que atuam na região, de modo a organizá-los segundo hierarquia técnica condizente com a área assistida e os pontos de convergência para atendimento de riscos especiais.

Parágrafo único. As Coordenadorias Regionais de Saúde, do Ministério da Saúde, instituídas pelo Decreto nº 74.891, de 13 de novembro de 1974, atuarão como unidades de apoio ao Sistema Nacional de Saúde, com vistas à conjugação de esforços para elaboração de programas regionais que integrem num todo harmônico as atividades preventivas, curativas e de reabilitação.

Desta forma, durante a 6ª CNS, realizada de 1 a 5 de agosto de 1977, buscou-se fazer um primeiro delineamento das diretrizes gerais para gestão do SNS, a partir da discussão do Tema IV sobre a Política Nacional de Saúde, com o objetivo de encaminhar um documento final para o CDS e receber as contribuições dos demais ministérios participantes. Nesta ocasião, ratifica-se a opção pelo modelo dicotômico de atenção à saúde, considerado indispensável ao adequado equacionamento das “imperfeições” do sistema, conforme trecho deste documento, destacado a seguir (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1977, p. 175, grifo nosso):

As características socioeconômicas da comunidade nacional, especialmente a existência de grandes contingentes humanos em estado de carência, bem como a grande dispersão populacional e ainda distorções na formação profissional, fazem com que **as ações de interesse coletivo, simples, de grande alcance, sejam postergadas em benefício de ações mais complexas destinadas ao atendimento de necessidades sentidas de uma proporção minoritária da população. Com a finalidade de corrigir tal distorção, impõe-se a coexistência de duas redes distintas de serviços de saúde a pessoas:** uma encarregada principalmente do atendimento de necessidades sentidas, relacionadas com a ocorrência de condições mórbidas e outra, de alcance coletivo, que trabalhe principalmente com necessidades não sentidas ou consentidas, relacionadas principalmente à promoção e proteção da saúde.

De acordo com o exposto, verifica-se que a lógica que sustenta a divisão de áreas de atuação no setor da saúde entre o MS e o MPAS advinha do objeto de intervenção que caracterizava cada ministério, coerente com a abordagem sistêmica, e com o objetivo de equilibrar a oferta de serviços de saúde entre as ações coletivas, destinadas a uma maioria, e as ações individuais e complexas, usufruídas por uma minoria, em uma aparente iniciativa de se prover equidade, conforme se observa também no trecho a seguir:

O comportamento da rede de Assistência Médico-Hospitalar envolve serviços disponíveis ao atendimento de uma demanda que se busca regradar, ao passo que o da rede de Assistência Médico-Sanitária envolve, através principalmente da motivação comunitária e atividades extramurais, um estímulo ativo a uma demanda que se busca estimular (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1977a, p. 175).

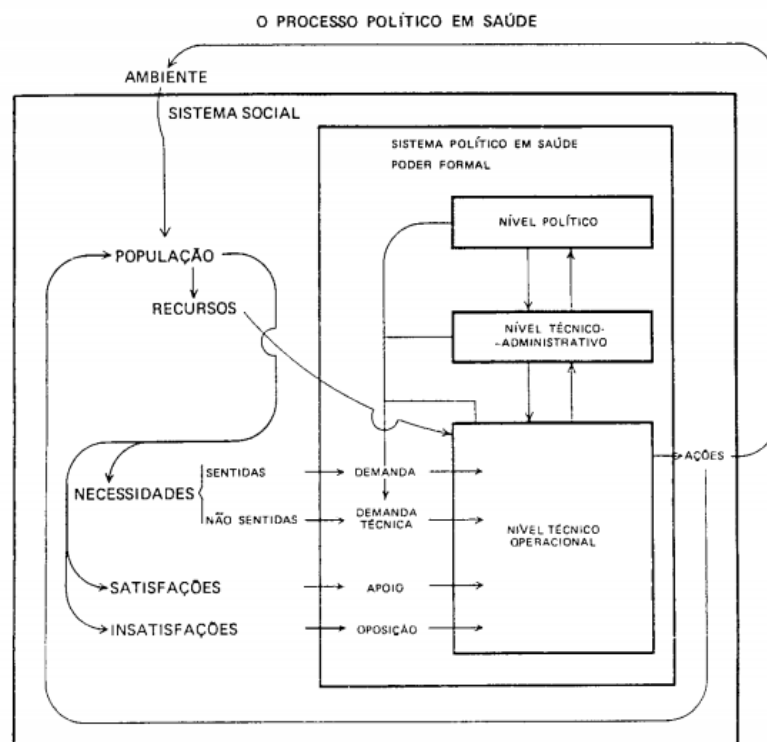
Segundo Vater (1996), desta forma se preservava e privilegiava o espaço dos tecnocratas da saúde na formulação de políticas de saúde, responsáveis por transformar as necessidades não sentidas em (con)sentidas, de modo a conscientizar a população, “corpo social e político”, em prol de investimentos nas ações de caráter coletivo:

(...) que o Sistema Nacional de Saúde deve ter sensores junto à população, não só para identificar precoce e eficazmente necessidades, como também permitir a conscientização do corpo social e político a respeito das necessidades não sentidas, transformando-as em necessidades consentidas e, se possível, em necessidades sentidas. Somente esta conscientização poderá gerar satisfação e apoio por parte do corpo social aos investimentos financeiros, materiais, e em recursos humanos no atendimento de necessidades

primariamente não sentidas. Esses investimentos, em última análise, são por assim dizer, desviados do atendimento a necessidades sentidas, o que torna desejável a conscientização da população sobre a real utilidade de tais investimentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1977a, p. 160).

Novamente, é possível verificar semelhanças com o conteúdo do documento “Formulación de Políticas de Salud”, elaborado em julho de 1975, pela CPPS (CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACIÓN DE LA SALUD, 1975, p. 10), no qual se assume que o sistema político de saúde funciona como um subsistema do sistema político global, incorporando referenciais das ciências sociais, e cujo modelo proposto foi inclusive utilizado como diretriz na elaboração da Política Nacional de Saúde, tendo sido traduzido e incluído no documento sobre o Tema IV, conforme figura a seguir:

Figura 10: O Processo Político em Saúde



Fonte: (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1977a, p. 161)

Sendo assim, inspirado no documento referido acima, o SNS trazia em seu desenho a incorporação da transição de uma perspectiva normativa para uma perspectiva política da organização da saúde pública, articulando-se com as políticas de desenvolvimento social do governo. Baseado na racionalidade

do planejamento e na abordagem sistêmica, a unidade do sistema de saúde era a própria Política Nacional de Saúde, elaborada pelo Ministério da Saúde e submetida a um consenso entre os integrantes do SNS, via CDS (Artigo 2º da Lei 6.229). Conforme mencionado anteriormente, a divisão de ações decorria do objetivo de intervenção de cada ministério, entre atividades de cunho coletivo ou individual, que não seriam exclusivas e tampouco propunham separar as atividades preventivas das curativas, conforme detalhe das palavras em negrito no Artigo 1º da Lei 6.229 (BRASIL, 1975, grifo nosso):

I – O do Ministério da Saúde, ao qual compete formular a política nacional de saúde e promover ou executar ações **preferencialmente** voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, cabendo-lhe particularmente (...)

II - O do Ministério da Previdência e Assistência Social, com atuação voltada **principalmente** para o atendimento médico-assistencial individualizado, cabendo-lhe particularmente (..)

E também no Artigo 4º da mesma Lei (BRASIL, 1975):

Art 4º Na elaboração de planos e programas de saúde, ter-se-á em vista definir e estabelecer mecanismos de coordenação intersetorial, para aumento da produtividade, melhor aproveitamento de recursos e meios disponíveis em âmbito nacional, regional e local, visando a uma perfeita compatibilização com os objetivos, metas e ações dos planos de desenvolvimento do Governo Federal e com as diretrizes da Política Nacional de Saúde.

Sendo assim, nas palavras de Vater (1996, p. 88, grifo do autor):

Esta forma de unificar significou, pela primeira vez, a intervenção dos poderes públicos institucionalizados na formulação de uma política para o setor saúde – integrada com as estratégias político-econômica e social – através de instrumentos de planejamento manejados por um corpo técnico-burocrático voltado não mais para programas departamentalizados, mas para a operacionalização de um sistema **nacional** de saúde.

Percebe-se também, no documento da 6ª CNS, uma ênfase nas medidas de prevenção, baseada no modelo teórico da História Natural da Doenças, elaborado por Leavell e Clark (1953), base da medicina preventiva:

Cumprir destacar uma característica peculiar do sistema de saúde. **Devido à natureza do fenômeno saúde/doença e às eventuais sutilezas da caracterização precoce do fenômeno doença**, da probabilidade de doença e dos problemas de saúde em geral; juntamente com necessidades, demanda, apoio e reações negativas, **destaca-se a importância de um fator que se tem denominado "demanda técnica de saúde", ou seja, necessidades não sentidas pela população**, mas identificadas pelo corpo técnico de saúde como reais, **tendo em vista a prevenção de futuros problemas de Saúde Pública** (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1977a, p. 160, grifo nosso).

Sendo assim, no desenho do SNS, a rede de Assistência Médico-Sanitária, encarregada das medidas de alcance coletivo, contaria com ampla cobertura e de maior acessibilidade do que a rede Médico-Hospitalar, devendo ser ativada com prioridade junto às comunidades de baixa renda. Os serviços de saúde por ela prestados se organizariam de forma hierarquizada, ou seja, por níveis de complexidade, coerente com a racionalidade necessária rumo à universalização da cobertura.

Ainda, no que tange à operacionalização do SNS, a 6ª CNS aborda, no tópico 9, os papéis dos diversos níveis do Governo e do setor privado, no tópico 11 trata da administração do sistema e no 13 da articulação intersetorial. Em linhas gerais, a partir da aprovação da Política Nacional de Saúde pelo CDS, as ações seriam implementadas a partir da elaboração de programas e projetos pela secretaria técnica e decisão pelo colegiado deliberativo de cada Unidade Federada (Estados, Territórios e o Distrito Federal), a serem compatibilizados com os Planos Macrorregionais de Saúde realizados pelas Coordenadorias Regionais do MS (criadas pelo decreto 74.891, de 13 de novembro de 1974, que dispõe sobre a estrutura básica do Ministério da Saúde e dá outras providências), em articulação com os órgãos regionais dos outros Ministérios componentes do Sistema, visando a integração entre o planejamento do desenvolvimento socioeconômico regional e o de saúde.

Cabia às Unidades Federadas implementar as ações dos programas e projetos elaborados a nível central, pelas secretarias técnicas e aprovados pelos colegiados deliberativos de cada Unidade Federada (UF). Os colegiados deliberativos, instâncias à parte dos Conselhos Estaduais e Territoriais de

Saúde (restritos às secretarias de saúde), eram constituídos pelo governador do estado (após indicação dos Ministérios envolvidos), abrangiam todo o sistema de saúde da UF e eram constituídos por representantes do MS e MPAS, do governo da UF e do setor privado, com o intuito de garantir a integração programática do sistema. Não havia a obrigatoriedade de colegiados deliberativos nos municípios, podendo ser constituídos de acordo com a conveniência da respectiva UF (idealmente municípios com mais de 50 mil habitantes). As UFs deveriam estruturar suas Secretarias de Saúde para os desdobramentos programáticos, cabendo ao MS o apoio técnico e, por vezes, financeiro, na modernização administrativa desses órgãos, com o objetivo de regionalizar os serviços, estabelecer/fortalecer as ações de planejamento de programação e descentralizar o processo decisório, no que tange prioritariamente à rede de assistência médico-sanitária. Sobre o financiamento do sistema, o tópico 12 da referida CNS informa que, guardadas as identidades institucionais, orçamentárias e de integração programática, os recursos deveriam ser utilizados em concordância com a programação integrada, a ser encaminhada aos órgãos financiadores, para compatibilização financeira nos orçamentos dos respectivos órgãos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1977a).

De acordo com o exposto, é possível verificar que a formulação do SNS, estruturada na perspectiva sistêmica, também utilizada na PNS de 1973, materializou a proposta de outra forma, transferindo a unidade de gestão do sistema para o recém-criado CDS, ao invés do MS, e mantendo a divisão das ações em saúde entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social. Essa opção veio de encontro aos interesses dos atores e instituições forjados nas décadas anteriores: a previdência social e o setor privado da saúde. Foi instituída uma centralização normativa ao lado de uma descentralização administrativa, articulando os três níveis de governo: federal, estadual e municipal, enquanto gestores de um sistema integrado, hierarquizado e regionalizado para promoção e recuperação da saúde da população, contando com a participação do setor privado e dando-lhe um caráter público, mas não estatizante.

Cabe lembrar, conforme descrito no capítulo 2, que desde os anos 40 já se discutiam no campo da saúde pública os conceitos de descentralização administrativa, integração entre as atividades preventivas e curativas, expansão da cobertura rumo à universalização da assistência e de organização e coordenação dos serviços de saúde, podendo se presumir que havia um aparente consenso técnico sobre estas questões. Não obstante, e concordando com Mercadante (2002), apesar de suas limitações, o SNS pode ser analisado como um reconhecimento oficial de algumas questões e problemas do setor de saúde, sendo a primeira tentativa concreta de expandir e racionalizar o complexo sistema de saúde, buscando utilizar toda a capacidade instalada e instituindo, ainda que de forma inicial, a noção de saúde como direito dos cidadãos, dentro do contexto político vigente.

5.3 Recepção do SNS

Neste tópico será analisado o período de 5 anos após a criação do Sistema Nacional de Saúde com o objetivo de identificar, sob o título de “recepção”, as reações do setor de saúde e do público, se favoráveis ou de contestação, seus autores e suas razões. Ainda que, em termos temporais, estejamos em um contexto de “implantação” da política de saúde, interessa, antes, explorar elementos que deem pistas acerca da construção das ideias e dos atores que contribuíram para a sua formulação. As condições de seu recepção podem dar pistas sobre alguns dos obstáculos ou facilidades encontradas nesse processo. Para este fim, foram analisados livros e artigos especializados, além de matérias dos jornais de maior circulação à época, até o ano de 1980.

A Lei do SNS é frequentemente apontada na literatura (MELLO, 1976; CORDEIRO; QUADRA, 1977; ESCOREL, 1999) como a medida que consolidou a separação histórica da saúde pública e da medicina previdenciária. Conforme descrito no capítulo anterior, a proposta para o projeto de Lei teria sido elaborada inicialmente pelo Ministério da Saúde, mas acabou sendo escolhida pelo Presidente Geisel uma versão realizada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, o que teria, desde já, criado constrangimentos

entre os respectivos ministérios, conforme descrito por Murilo Villela Bastos (2004c, p. 3): “(...) eu imagino que deve ter sido um problema de ciumada, porque no final de contas de repente, um trabalho de outro recebeu o nome que você tinha dado de batismo para o teu filho, e o teu filho foi jogado fora (...)”. Nesse sentido, Cordeiro e Quadra (1977, p. 18) também assinalam a existência de um conflito de dominância entre esses dois Ministérios:

Cabe lembrar que quase um ano antes da sanção da Lei N° 6.229, suas linhas gerais foram anunciadas pelo recém-empossado ministro de Estado da Previdência Social, em conferência pronunciada na Escola Superior de Guerra, antecipando mesmo a criação do Conselho de Desenvolvimento Social e seu papel na estratégia governamental. Isto faz, portanto, supor que entre os determinantes dos estudos paralelos, que acabaram por produzir a atual lei, estivesse acrescentada a disputa pela hegemonia - ou uma proposta de reorganização ou de redistribuição - dentro do poder público das esferas que desempenhavam ações mais ou menos autônomas no campo da saúde.

Pouco após a publicação da Lei do SNS e finda a 5ª CNS, em 11 de agosto de 1975, Carlos Gentile de Mello publica uma matéria no Jornal “Movimento”⁶⁵ de título: “Fusão, o futuro dos Ministérios?” (1975), na qual faz crítica à institucionalização da separação de ações em saúde entre o MS e o MPAS, por esta Lei. Mello cita como exemplo o alerta feito pelo Secretário Geral do MS, José Carlos Seixas, durante a própria 5ª CNS, para o fato de “a ação de saúde de alcance coletivo fazer-se, em grande parte, através de ações de saúde individuais”, e também pela ocasião da implantação do já mencionado Plano de Saúde do Ministro Leonel Miranda, quando Seixas diz ser esta medida “um agravamento da injustificável e anacrônica separação entre as atividades

⁶⁵ O jornal “Movimento” teve sua origem no jornal “Opinião”, fruto das divergências entre seu proprietário Fernando Gasparian e o editor, Raimundo Rodrigues Pereira, depois demitido. Juntamente com os jornais “Opinião” e “O Pasquim”, foi uma das mais importantes publicações da imprensa alternativa durante a ditadura militar, reunindo colaborações de importantes intelectuais brasileiros de oposição ao regime. Foi uma experiência ousada de jornal em que os patrões eram os próprios jornalistas que o faziam e seus 500 acionistas, também jornalistas, intelectuais, profissionais especializados, estudantes e trabalhadores. O semanário apoiou-se nos movimentos populares. Além de ser vendido em bancas, suas assinaturas e seus números avulsos foram vendidos em algumas dezenas de cidades do País, semana após semana, por centenas de jovens militantes, de praticamente todas as correntes políticas que resistiram à ditadura, durante seis anos e meio, de seu número 1, de 7 de julho de 1975, ao seu número 334, de 23 de novembro de 1981 (SOUSA, 2014).

de medicina preventiva e curativa” (MELLO, 1975, p. 9). Mello também acusa a Lei do SNS de ser de complexa interpretação, tornando difícil definir a cargo de qual Ministério ficariam designadas algumas situações. Ele cita como exemplos a Fundação SESP, do Ministério da Saúde, que realiza ações curativas e preventivas de forma integradas em sua rede de unidades médico-sanitárias e hospitalares, e o enfrentamento da Tuberculose, de interesse coletivo, mas cujo tratamento ocorre individualmente. Segundo ele, essas questões estariam causando, entre os Ministérios:

(...) um acirramento de divergências históricas na esfera do segundo escalão oficial. (...) havendo uma luta de foice no escuro; a foice evidentemente em poder do Ministério da Previdência, que dispõe dos recursos financeiros. (...), a área mais privatizante do Governo Federal, o que representa perigo para a saúde da população, na medida que estão envolvidos interesses financeiros de grupos e pessoas (MELLO, 1975, p. 9).

A seu ver, mesmo sob a tutela do CDS, seria muito difícil superar a dificuldade de entrosamento dos ministérios, sendo a solução ideal a unificação das atividades assistenciais e de caráter coletivo em uma única instituição, propondo para esse fim a criação do Ministério da Saúde e Assistência Social, “que ficaria com todas as atribuições que causam disputas e desentendimentos” (MELLO, 1975, p. 9), solução também defendida em seu artigo: “Sistema Nacional de Saúde: Proposições e Perspectivas”, publicado no ano seguinte:

A perspectiva otimista que se pode vislumbrar para o êxito da implantação do Sistema Nacional de Saúde, instituído pela lei nº 6.229, poderia ser encontrada na improvável criação do Ministério da Saúde e Assistência Social, reunindo, sob comando único, todas as atividades relacionadas, diretamente, com a proteção e recuperação da saúde (MELLO, 1976, p. 466).

Vale lembrar, conforme visto no capítulo 2, que a proposta de unificação ministerial das ações e serviços de saúde já era discutida desde a década de 50.

No artigo de Cordeiro e Quadra (1977): “Sistema Nacional e Saúde: antecedentes, tendências e barreiras”, os autores apontam uma falha existente na lógica de Sistemas, a qual consiste em não se levar em conta os determinantes político-históricos das instituições, capazes de gerar um desenvolvimento não-harmônico, ou até contraditório, dos elementos do

sistema. Sendo assim, mesmo na presença das variadas influências, interesses e necessidades dos diferentes atores presentes naquele cenário, não teriam sido modificadas substancialmente as questões políticas, financeiras e administrativas do setor, ou seja, não teria havido uma ruptura com o modelo assistencial anterior ao SNS, uma vez que não foram consideradas as questões históricas entre a saúde pública e a previdenciária, esta última com maior poder político e financeiro que aquela primeira, de modo a evitar ou diminuir as dificuldades a serem enfrentadas:

Pareceria mais acertado considerar que dentre as instituições que compõem o Sistema Nacional de Saúde, de conjuntura para conjuntura, uma delas, ou a combinação de duas ou três, exerce dominância ou determinação sobre as restantes, imprimindo tendências particulares a toda a política do setor. Na conjuntura atual, a dominância é claramente exercida pelo componente da assistência médica e, especialmente, assistência hospitalar, em detrimento das demais, ou seja, saúde pública, saneamento, recursos humanos, produção de drogas etc. Esta preponderância poderia ser justificada pela consideração do montante de recursos que maneja o setor assistencial (através do Ministério da Previdência), pela magnitude da população coberta (perto de 80% da população urbana), pelo componente ideológico que valoriza a medicina assistencial em detrimento de saúde pública e, finalmente, pelas importantes relações do setor com os insumos materiais, em particular com a produção de medicamentos e de equipamentos hospitalares (1977, p. 18–19).

Os autores destacam também a existência de indefinições e ambiguidades no texto da Lei do SNS, como por exemplo, a previsão da implantação de programas de regionalização da atenção médica, com hierarquização e coordenação de serviços, mas sem esclarecimento sobre as atribuições, metodologia, formas de financiamento, entre outros, o que permitiria, portanto, margem de especulação quanto aos procedimentos utilizáveis para tal fim. Informam, ainda, que um programa de regionalização implicaria na reformulação das relações do setor público com o privado, necessariamente impondo-lhe mais óbices do que facilidades à obtenção de lucros com a prestação de serviços. Sendo assim, concluem os autores que “na vigência de esboços de políticas de saúde que deixam tantas possibilidades e vazios na interpretação e tantos graus de liberdade ao jogo político

interinstitucional, sem que sejam definidas claramente as metas a serem atingidas”, persistiam os seguintes problemas no setor saúde (CORDEIRO; QUADRA, 1977, p. 23):

- a) falta de comando unificado, seja no que tange aos aspectos doutrinários, seja quanto aos planos e programas;
- b) o Ministério da Saúde, responsável legalmente pela elaboração de uma política nacional de saúde, além de tradicionalmente atuar em caráter normativo, não conta com dotação orçamentária adequada, nem com quadro de pessoal compatível com suas atribuições;
- c) o Ministério da Educação e Cultura prossegue formando pessoal para a área de saúde em quantidade e qualidade nem sempre concordantes com a realidade brasileira;
- d) a grande maioria dos estados e municípios não se encontra em condições de arcar com os problemas de saúde que envolvam pessoal qualificado ou investimento financeiro;
- e) continuam duplicados programas de ministérios diversos, em áreas como tuberculose, materno-infantil, saúde mental onde é difícil delimitar o que seja individual, o que seja coletivo;
- f) a iniciativa privada na área de assistência médica atua sem disciplina e sem controle permanente, sendo frequentes as situações de evidente fraude;
- g) proliferam as entidades privadas com programas de seguro-saúde, não obstante não tenha ainda sido regulamentado o Decreto-Lei Nº 73, de 1966, que instituiu o Sistema⁶⁶.

Conforme descrito no capítulo anterior, em março de 1977 foi discutida a implantação do SNS no Tema IV da 6ª CNS, a partir de um trabalho elaborado por Antônio Carlos de Azevedo, Coordenador de Saúde da Amazônia, do Ministério da Saúde. No discurso de abertura, o próprio Presidente Ernesto Geisel reconheceu a complexidade desta empreitada: “Difícil, em virtude das transformações ora em processo, requerendo opções políticas capazes de harmonizar e compatibilizar as ações de todos os integrantes do Sistema Nacional de Saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1977b, p. 19). Segundo Carlos Gentile de Mello, em sua matéria publicada na

⁶⁶ Dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências.

Folha de São Paulo, de 30 de agosto de 1977, intitulada: “O Muro da Vergonha” (MELLO, 1977b, p. 3), a Conferência transcorreu tranquila nos primeiros temas até chegar no Tema IV, quando então surgiram as controvérsias. Segundo ele, as primeiras “divergências incontornáveis decorreram da pretendida classificação das necessidades de saúde em dois tipos: as necessidades sentidas e as necessidades não sentidas” (1977b, p. 3). A seu ver, transformar esta segunda na primeira dependeria de uma série de variáveis como a produção de bens e serviços e o acesso a estes, assim como a divulgação pelos meios de comunicação, entre outros, citando como exemplo:

A necessidade “sentida” de assistência médica nas pequenas localidades, cujas populações estão acostumadas a socorrer-se da medicina popular, ocorre, tão somente, em termos gradativos, a partir da presença do médico nessas comunidades (MELLO, 1977b, p. 3).

Entretanto, segundo Mello (1977b, p. 3), o que “realmente provocou certo tumulto foi admitir, ainda, a dicotomia entre ações preventivas e curativas com a recomendação da coexistência de duas redes distintas de serviços em saúde a pessoas”. Contrário à essa recomendação teria se manifestado o Secretário de Saúde da Bahia, Ubaldo Porto Dantas, “com o apoio unânime de todos os presentes”. Em defesa da união entre as medidas de cunho preventivo e curativo, Mello cita a recomendação feita por Horwitz, Diretor Geral da OPAS, em 1956 (1977b, p. 3): “a medicina preventiva e a curativa alcançaram um estado em que não são mais separáveis e é preciso juntá-las física e funcionalmente”. Mello aponta também uma contradição em um trecho do documento da 6ª CNS que traça diretrizes sobre a assistência médica no sentido de: “(...) contratar serviços no setor privado após esgotada a capacidade do setor público que, por sua vez, não deverá expandir-se enquanto existir capacidade ociosa no setor privado” (1977b, p. 3), e, com aparente tom de ironia, afirma que deveria ser introduzida a seguinte modificação na lei do SNS:

(...) ao Ministério da Saúde, com poucos recursos, caberá a execução de atividades através dos serviços oficiais de saúde e ao Ministério da Previdência, com amplos recursos, competirá desenvolver ações mediante contrato de compras de serviços no setor privado (MELLO, 1977b, p. 3).

Em alusão ao tema da matéria, Carlos Gentile de Mello cita trecho escrito pelo Presidente do Conselho Regional de Medicina e professor emérito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Manoel José Ferreira, no prefácio do livro traduzido de Hilleboe e Larimore (1965), “Medicina Preventiva”: “Derrubou, com o seu livro, o que poderia se transformar em Muro da Vergonha, se se mantivesse o divórcio entre a medicina preventiva e a assistência médica” (1977b, p. 3), e conclui que o SNS estaria reconstruindo esse muro.

Segundo Escorel (1999, p. 62), o modelo proposto por Antônio Carlos de Azevedo e apresentado na 6ª CNS, para regulamentação do SNS, foi duramente criticado, tendo recebido o apelido de “modelo da jangada”, visto que seu desenho se assemelhava a uma vela de jangada⁶⁷:

Durante a VI Conferência, houve conflito entre os defensores da proposta da ‘jangada’ e outros como Ubaldo Dantas, Secretário de Saúde, Solon Magalhães Viana, do IPEA, Luís Felipe Moreira Lima, do PLUS/INPS-SEPLAN/IPEA, Nildo Aguiar e Gentile de Mello (Moreira Lima, 1986). Esse grupo lançou um documento criticando o modelo do assessor do ministério, e o conflito atingiu o clímax quando o relator da conferência negou-se a incluir alguns tópicos no documento final.

Uma matéria publicada na Folha de São Paulo e intitulada “Solução Brasileira”, de 06 de agosto de 1977, descreve as dificuldades de implementação que se colocam frente ao SNS, a partir das divergentes correntes de pensamento existentes dentro do próprio MPAS: “privatizantes” e “estatizantes” (FOLHA DE S. PAULO, 1977a):

(...) convivem no Brasil duas correntes de pensamento na área médica: a que se rebela contra a tendência socializante da medicina exercitada pela Previdência Social e a que preconiza a privatização absoluta de todo o sistema, sob o argumento da eficiência e presteza.

⁶⁷ A vela de uma jangada possui um desenho triangular e sua associação com o modelo estrutural proposto por Antônio Carlos de Azevedo para o SNS parece fazer alusão a um padrão organizacional hierarquizado, onde há um líder e abaixo dele subdivisões crescentes, cujo contorno também teria formato triangular.

Aponta também as forças desarticuladoras oriundas do “lobby” médico e farmacêutico, que teriam como objetivo colocar entraves ao adequado funcionamento do SNS (FOLHA DE S. PAULO, 1977a):

Entretanto, o poderoso “lobby” médico e farmacêutico, bem como os pequenos interesses privados surgidos à sombra dos convênios de suplementação médica firmados pelo INPS durante longos anos, estão ativos no sentido de desarticular todo o planejamento pacientemente elaborado pelos Ministros Almeida Machado e Nascimento e Silva (...).

Em outra matéria publicada no mesmo jornal, em 25 de setembro de 1977, e de título: “A cólera poderá nos atingir”, informa-se que um técnico do Ministério da Saúde (não cita o seu nome) denuncia a ineficiente, e em algumas áreas até inexistente, implantação do SNS. Segundo este técnico, o CDS seria apto para elaborar programas, mas incapaz de promover uma integração eficaz entre os ministérios envolvidos nas ações de saúde, restando ao MS as atividades técnicas campanhistas e “sofrer junto com os males depois de instalados e disseminados” (FOLHA DE S. PAULO, 1977b, p. 28):

(...) enquanto o governo não se conscientizar que Saúde Pública não se resume na realização de campanhas de vacinação, o Brasil viverá em constante sobressalto com suas próprias doenças (...) e não terá condições de impedir que a cólera (...) ultrapasse nossas fronteiras.

O Ministro da Saúde também manifestou sua insatisfação nesse sentido, no despacho de 03 de novembro de 1977 (Tópico 7 – Informações diversas) com o Presidente Geisel, quando critica a descoordenação dos programas pluriinstitucionais, que segundo ele: “descoordenação largamente explorada pelo pessoal do Ministério da Previdência e Assistência Social” (ARQUIVO ERNESTO GEISEL: CPDOC/FGV, 1975a, p. 8). Denuncia que prevalece no MPAS a preocupação com o “prestígio institucional”, ficando a equipe do MS afastada das discussões dos Temas Oficiais, e que, por este motivo, o MS estaria assumindo uma postura mais técnica. O Ministro afirma, ainda, que no SNS persiste o individualismo institucional e que nenhum sistema deveria ser acéfalo, lamentando não ter sido atendido no seu pleito de se definir uma “cabeça para o sistema” na ocasião da elaboração do projeto de

lei que o instituiu (ARQUIVO ERNESTO GEISEL: CPDOC/FGV, 1975a, p. 9):

(...), e todo o Sistema Nacional de Saúde vai claudicando. É evidente que, num final de governo, seria inoportuna qualquer revisão, mas no futuro, parece-me que caberia re-examinar a questão, dotando-se de uma cabeça o Sistema Nacional de Saúde, que não pode continuar acéfalo. O presente modelo, partindo de uma pressuposta unidade de pensamento e de propósitos em torno de um ideal comum, é certamente inspirado e nobilitante.

Infelizmente, o homem ainda não alcançou aquele estágio de perfeição, a inspiração liberal-democrata de nosso Sistema Nacional de Saúde não é compatível com a realidade.

No XIX Congresso Brasileiro de Higiene e 1º Congresso Paulista de Saúde Pública, em outubro de 1977, Hésio Cordeiro apresentou o tema “Aspectos político-institucionais da implantação do SNS”, onde fez uma correlação entre as barreiras político-institucionais ante à implementação do SNS e as formas de relação do Estado com as instituições de saúde (1977, p. 98). Segundo ele, o conjunto de interesses e de grupos de pressão representados pelo complexo médico-industrial da saúde se constituiu em barreira à implementação do SNS, já que o sistema deveria implicar em regionalização e hierarquização de níveis de atenção à saúde, medidas incompatíveis com a medicina de mercado ou medicina empresarial. A esse respeito, no mesmo Congresso, Donnangelo expôs que:

Em que pese a ênfase que vem sendo atribuída às recentes medidas adotadas na área da saúde, é preciso reconhecer que elas podem representar sobretudo reajustamentos burocráticos capazes de manter intacto o modelo de organização e prestação de serviços (1977, p. 100).

No ano seguinte, em 23 de março de 1978, teve lugar a V Semana de Estudos de Saúde Comunitária (SESAC)⁶⁸, em Santo André – SP, evento durante o qual foram discutidos variados temas em torno das questões de saúde.

⁶⁸ A Semana de Estudos de Saúde Comunitária (SESAC) foi concebida e organizada, inicialmente, pelos alunos de medicina de Belo Horizonte e de Brasília. Tinha como objetivo debater e compartilhar as experiências em projetos de saúde comunitária, desenvolvidos por algumas universidades e que se diferenciavam dos demais serviços públicos por oferecer cuidados integrais à população em geral, com base na sua participação. Os estudantes convidavam pessoas com visões alternativas da saúde e da medicina, como Cecília Donnangelo, Sérgio Arouca, Hésio Cordeiro e Ana Tambelini (SILVA, 2012).

Na ocasião, houve uma mesa redonda com o assunto: “Proposta de Modelo de Saúde”, na qual foi sugerida a aproximação entre os profissionais do setor e as organizações populares, de modo que estes participem efetivamente da elaboração de projetos que atendam suas necessidades e deixem de ser apenas um instrumento de controle social, realizando somente ações pontuais e locais. Ainda nesse tema, estudantes e profissionais do setor de saúde defenderam a regionalização e descentralização dos serviços médicos e criticaram o SNS por ter tido “pretensões muito tímidas”, consagrando as instituições de saúde existentes, ao invés de reestruturá-las (FOLHA DE S. PAULO, 1978a, p. 15).

Em uma matéria de capa inteira no Jornal do Brasil, de 26 de abril de 1978, e intitulada: “A saúde é uma mercadoria como outra qualquer” (JORNAL DO BRASIL, 1978), foram apresentados os pontos de vista de profissionais relacionados ao setor de saúde. Por um lado foram colocados os argumentos daqueles (entre eles Carlos Gentile de Mello) que acreditavam ser a privatização da saúde, via INPS, o caminho para a insolvência do setor de saúde, com duras críticas ao modelo de atenção à saúde adotado no país, e por outro lado, dos representantes das entidades privadas da saúde, acusando o INPS pela falta de adequado incentivo e remuneração pelos serviços assistenciais prestados, “estrangulando a rede hospitalar do país” (JORNAL DO BRASIL, 1978, p. 1).

Por sua vez, representantes do setor privado da saúde, mais especificamente do segmento denominado Medicina de Grupo, se defenderam das críticas recebidas sob o argumento de que a própria Lei que criou o SNS previa a integração dos órgãos de saúde oficiais do governo e da iniciativa privada, em um esforço de aproveitar tudo o que existia na assistência médica em prol do atendimento ao cidadão. Alegaram que a Medicina de Grupo era valiosa para os profissionais que a integravam, e que as críticas que sofria buscavam tendenciosamente desestruturar sua relação com os médicos e com o governo. Nessa ocasião, o próprio presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo, Roberto de Carvalho Passos, admitiu que o Brasil ainda não havia encontrado o seu modelo de sistema ideal para a saúde, mas que sendo o SNS um sistema pluralista (provavelmente no sentido de abrigar

diversos atores e tradições), a Medicina de Grupo tinha nele o seu lugar e função (FOLHA DE S. PAULO, 1978b).

No entanto, após três anos de sua criação, Carlos Gentile de Mello considerou o SNS um “fracasso total”, conforme matéria de sua autoria na Folha de S. Paulo, de 22 de outubro de 1978, intitulada “Sistema Nacional de Saúde fracassou, diz sanitarista” (FOLHA DE S. PAULO, 1978c, p. 31). Como motivos principais apontou que a assistência oferecida pelo sistema não tinha qualidade e buscava atender aos interesses privatizantes do setor, deixando de investir na estrutura própria.

Em uma publicação na Revista de Administração Pública, Hésio Cordeiro (1979, p. 47) também denunciou a hegemonia da assistência médico-hospitalar privada, correlacionando-a à ambiguidade da proposta do SNS, principalmente no que tange ao subsistema de prestação de serviços às pessoas. Sobre a implantação do sistema, relatou que vencidos três anos da criação da Lei 6.229, não foram tomadas medidas efetivas nesse sentido, salvo a constituição do INAMPS pelo MPAS e algumas incipientes tentativas de organização do sistema a nível estadual, em São Paulo e na Bahia⁶⁹.

No período de 9 a 11 de outubro de 1979, teve lugar, na Câmara Federal, por iniciativa da Comissão de Saúde, o I Simpósio Sobre Política Nacional de Saúde, com palestras destinadas a discutir as questões de saúde pública, em âmbito nacional, com vistas a levantar e avaliar propostas de melhorias para o setor, a serem encaminhadas ao executivo. Esse simpósio foi noticiado pelo Jornal Folha de S. Paulo sob o título: “Saúde do Brasil em debate na Câmara Federal” (FOLHA DE S. PAULO, 1979), e contou com grandes nomes da área da saúde, do segmento público: Hésio Cordeiro, Carlos Gentile

⁶⁹ Na gestão do Secretário Estadual de Saúde da Bahia Ubaldo Porto Dantas (1975-1978) e, quando de sua saída para assumir o cargo de Deputado Federal, de seu substituto José Alberto Hermógenes (oriundo da Fundação SESP), foi realizada uma experiência na cidade de Itapetinga, na qual houve a integração de todas as unidades de saúde nos níveis primário e secundários, na ausência de qualquer unidade do nível terciário, visando à máxima produtividade a partir da coordenação dos trabalhos de todos esses órgãos, destinados à preservação, à promoção e à restauração da saúde (COMISSÃO DE SAÚDE DA CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1980, p. 73).

de Mello, Sérgio Arouca, Carlyle Guerra Macedo e Mário Magalhães; do segmento privado: Aloísio Fernandes (Secretário Geral da Federação Brasileira de Hospitais), e também de outras áreas, como o sindicalista Luís Ignácio da Silva (Lula), o Presidente da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura, José Francisco da Silva, e o economista Paul Singer. Nesta ocasião, o coordenador geral do Simpósio, Deputado Ubaldo Dantas, criticou a ausência de consulta aos municípios e estados quando da elaboração do Sistema Nacional de Saúde, que se deu na vigência de um regime de exceção, o que demandaria uma rediscussão da Política Nacional de Saúde, então sobre novas bases.

Logo após a posse do novo Ministro da Saúde, Valdir Mendes Arcoverde⁷⁰, que ocorreu em outubro de 1979 (governo do general João Batista Figueiredo), Carlos Gentile de Mello criticou novamente o SNS em mais uma matéria sua, publicada no Jornal Folha de São Paulo, em 14 de novembro de 1979, e intitulada: “O pauperismo do Ministério da Saúde”. Nela, Mello informou que o próprio Presidente da República admitia a escassez de recursos destinados ao MS e citou um discurso de Sérgio Arouca, no qual ele atribui essa conduta ao objetivo político de privilegiar financeiramente o MPAS, que atenderia a população economicamente ativa, em detrimento do MS, a quem caberia (1979, p. 3):

(...) cuidar dos programas que atendem ao contingente demográfico inativo, marginalizado, improdutivo, de modo que o estado de saúde dessa parcela populacional não venha comprometer o bem-estar das camadas de melhor nível de renda.

⁷⁰ Em janeiro de 1979, Arcoverde tornou-se presidente do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), nomeado por Jair Soares, então ministro da Previdência Social no governo do general João Batista Figueiredo (1979-1985). Em outubro, substituiu Mário Augusto de Castro Lima no Ministério da Saúde. Sua indicação foi associada a Jair Soares, seu amigo e correligionário político, bem como à sua amizade com o ministro da Justiça, o piauiense Petrônio Portela. Segundo avaliação da imprensa na época, sua designação era a confirmação da tese de que se deveria escolher nomes do Nordeste para ministérios da área social. Em sua posse, fez um balanço da saúde pública, dizendo que pretendia interiorizar as ações básicas nas regiões mais pobres, sobretudo as periferias das grandes cidades e a zona rural. Seu projeto mais ambicioso era ampliar as redes de saneamento básico e desenvolver um programa de imunização, sobretudo ligado à área de vacinação (JUNQUEIRA; CARDOSO, [s.d.]).

Mello assinala também, que as tentativas de entrosamento entre os Ministérios, primeiro a nível político, por meio do CDS, e a segundo a nível técnico, a partir das Comissões Permanentes de Consulta, não foram bem-sucedidas, e que a iniciativa de se criar uma Secretaria comum estava emperrada, por não chegarem a um consenso sobre a origem do Secretário: se seria do MS ou do MPAS. A seguir, denuncia a postura do então Presidente do INPS, Harri Valdir Graeff, de manter o favorecimento do setor privado, “ao invés de reformular, gradativamente, o modelo gerador de descaminhos, (...) que se baseia em controles sabidamente ineficazes” (MELLO, 1979, p. 3).

Abrindo o 1º Encontro Regional de Atenção Primária à Saúde, em 07 de março de 1980, promovido pela Prefeitura de São José dos Campos e noticiado pelo Jornal Valeparaibano⁷¹ sob o título: “Encontro começa em São José com críticas ao Sistema de Saúde”, Carlos Gentile de Mello fez novo pronunciamento sobre o SNS, reprovando-o (1980, s.p.):

(...) pela permissão à privatização na área de saúde, privilegiando redes hospitalares contratadas, grupos e cooperativas médicas, além da atuação de empresas multinacionais na produção de medicamentos e equipamentos sofisticados, voltados mais para uma medicina curativa.

A seu ver, o SNS seria incoerente, pois não teria como finalidade básica a atenuação das distorções decorrentes do processo concentrador de renda vigente no país, assistindo principalmente e melhor às classes privilegiadas. Além disso haveria um excesso de leitos hospitalares nos grandes centros, fruto de uma prática hospitalocêntrica, ao que Mello propôs, como medida capaz de sanar essa questão: “a desospitalização não só do paciente como também do médico, do professor e do aluno de medicina” (1980, s.p.).

Na VII Semana de Estudos sobre Saúde Comunitária (SESAC) que ocorreu de 30 de março a 5 de abril de 1980, no campus da Universidade Federal do Espírito Santo, o Sistema Nacional de Saúde foi o tema central,

⁷¹ Valeparaibano foi um jornal e depois uma revista brasileira, de circulação mensal, distribuída em São José dos Campos entre 1952 e 2010, quando o formato jornal foi descontinuado, passando a ser uma revista mensal, que continuou usando a marca Valeparaibano, e um novo jornal foi fundado com o nome de "O Vale".

debatido em duas etapas: a primeira em uma mesa redonda sob o tema “Política Nacional de Saúde e Estruturação atual do SNS”, e a segunda em outra mesa redonda sob o tema “Alternativas ao SNS – Estatização do Setor de Saúde”, sendo feita, nesta última, a proposta a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) no lugar do SNS e sob a direção do Ministério da Saúde, que teria poder normativo e executivo, inclusive sobre o setor privado (CEBES, 1980). Nesse sentido, cabe dizer que houve uma acelerada mudança no contexto desse período. Em 1980, a abertura democrática avançou e o movimento sanitário estava mais estruturado, com as teses doutrinárias melhor organizadas e objetos de maior consenso. Sendo assim, o ambiente de maior antagonismo ao que havia de mais conservador no SNS estava instalado.

A 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, de 24 a 28 de março de 1980, teve como tema central a “Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos”, o qual foi amplamente abordado e debatido em diversos níveis, com vistas à viabilização da meta governamental de implantação de um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) (CARVALHO, 1980), que propunha:

(...) a extensão dos serviços de saúde a toda população brasileira, o mais rapidamente possível, implicando em implantação acelerada de uma rede básica de unidades de saúde de cobertura universal, com prioridade para as populações rurais, de pequenos centros e de periferias das grandes cidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1980, p. 23).

Esta Conferência contou com a participação do Diretor Geral da OMS, Haldan T. Mahler, e da OPAS, Héctor Acuña. O conferencista do tema oficial foi o doutor Carlyle de Guerra Macedo (consultor da OPAS), que caracterizou o PREV-SAÚDE em suas ações, processos e detalhou os mecanismos necessários à sua correta implementação. Foram abordados tópicos como: organização institucional, atividades de apoio, tecnologia apropriada, recursos humanos, participação, custos, benefícios e financiamento. No relatório dos grupos de debates, foram retomadas as habituais críticas ao SNS: a falta de unidade do setor de saúde, a multiplicidade de órgãos e falta de coordenação entre eles, resultando em superposição de programas e lacunas de atenção, fatores estes que, à época, foram arrolados como causas da criação do sistema,

e se tornaram os seus principais fatores adversos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1980).

Em uma leitura contemporânea sobre o tema, Luz (2014) informa que a proposta do Sistema Nacional de Saúde seria a tentativa de superar os impasses financeiros, políticos, institucionais de um modelo assistencial curativista criado pelo próprio sistema previdenciário. Sob a retórica de universalização da atenção médica, mas diante da incapacidade de fazer frente à crescente demanda por serviços de saúde, devido, em grande parte, à opção por um padrão hospitalocêntrico sabidamente caro, gerava-se insatisfações na clientela que justamente se propunha a assistir, criando tensões nos segmentos intrainstitucionais portadores de discursos alternativos mais simples e menos onerosos. A seu ver: “As contradições específicas entre seu discurso e sua prática, acentuando o privatismo e o assistencialismo que pretende combater a nível de retórica, só se fazem sentir a partir de 76 - 77” (LUZ, 2014, p. 191).

Recentemente, durante uma entrevista concedida à Revista Consensus⁷², em 21 de março de 2019, o ex-Secretário Geral do MS no Governo Geisel, José Carlos Seixas, expôs a seguinte fala (“Consensus Entrevista”, 2019, grifo nosso):

E eu disse por que vivi o problema de um Ministério da Saúde que tinha toda a responsabilidade de medidas de alcance coletivo, como controle de endemias, organização legal, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária etc., e depois o sistema previdenciário do lado, em outro ministério. **Era possível ver que não dava para ter duas cabeças.**

Murilo Villela Bastos, personagem fundamental na história do SNS, expôs a sua visão (ou revisão?) crítica a esse respeito, na já mencionada entrevista que concedeu à Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz, em 2004. Quando perguntado sobre o debate e principais críticas em torno do SNS, Murilo Villela Bastos emitiu a seguinte opinião (BASTOS, 2004a, p. 23):

⁷² A revista Consensus é uma publicação de distribuição gratuita e um dos principais veículos de comunicação social do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

Bom, eu acho que muitas das críticas levantadas eram muito engraçadas porque eram críticas a coisas que não estavam no trabalho, ou eram críticas digamos até uma delas é de que eu continuava mantendo a separação entre preventivo e curativo. Ora, essa era exatamente uma das razões que justificava o trabalho, era excluir isso definitivamente, e encerrar definitivamente. Pois bem, isso, uma das críticas é que isso não tinha sido excluído, quando isso era exatamente a própria razão de ser. Então, é de gente que não tinha entendido nada.

E sobre a implantação do SNS, peço licença ao leitor para uma longa citação dessa entrevista, destacando pronunciamentos relevantes do entrevistado sobre esta questão (BASTOS, 2004c, p. 1–2, grifo nosso):

Bom, a minha interpretação sobre a dificuldade de implementação do Sistema Nacional de Saúde, foram de que decorria, primeiro: de uma aceitação, de uma divulgação mais ampla, de uma preparação, digamos assim, do ponto de vista técnico para entender que ao contrário daquilo que era a tradição até então, de cada um ser proprietário digamos, cada entidade do setor público, o Estado, o Município, a União, ser proprietário de alguma coisa de produção de serviços do setor público, que se rearrumasse a distribuição nacional das competências em função de programas específicos, por exemplo, definir o programa de competência municipal, coisa que nunca tinha existido até então.

(...). Então, esta tentativa, vamos dizer assim, de regulamentar a organização do sistema de proteção da saúde no Brasil, dividindo a responsabilidade entre a União, estados e municípios, implicava em progressivamente definir, vamos dizer assim, os detalhes da competência de cada setor, o município principalmente. (...) porque esbarrou talvez naquilo que você poderia dizer que talvez tenha sido **a causa da não implementação do Sistema de Saúde, é mexer nos feudos, que eles representam como instrumento de poder político, muito provavelmente essa foi a causa.**

(...). Porque todos diziam a mesma coisa, geralmente: a lei não foi regulamentada. Quando era explícito no último artigo da lei, que não haveria regulamentação daquela lei, não haveria um regulamento daquela lei, e que os atos complementares necessários à sua implementação seriam baixados na medida em que fossem sendo identificados. Isso é: todos os atos, os federais, os estaduais, os municipais. Porque eles implicavam numa reorganização total da Nação, do Estado.

Pelo exposto, aproximadamente 11 anos após a criação do SNS (a entrevista foi concedida em 1986), Murilo V. Bastos manteve o entendimento de que a definição das competências, tanto no que tange às atividades curativas e preventivas como entre as diferentes esferas da União, estruturadas em uma perspectiva sistêmica, seria o suficiente para a resolução das questões organizacionais da saúde no país. Entretanto, segundo suas próprias palavras, o fator político-histórico das instituições e das esferas administrativas (não considerados na sua formulação), na defesa de seus interesses, colocaram óbices à sua efetiva implantação e funcionamento. Como afirma Tomacheski (2007, p. 16), a aprovação de uma legislação é condição necessária, porém insuficiente para modificar as relações de poder de um determinado setor social, visto que as disputas de interesses não se restringem à essa esfera. Nesse sentido, também apontam Silva e Melo (2000, p. 9):

Conflitos interjurisdicionais entre órgãos e instituições, brechas e ambiguidades legais, omissões de normas operacionais, além de outros fatores, permitem que os executores de políticas tomem decisões relevantes para o sucesso da política.

Ou seja, a legislação é sempre passível de sofrer variadas interpretações pelos agentes setoriais e influências do contexto político.

Finalmente, o que se pode depreender acerca dessas diferentes reações ao SNS, que foram em grande parte críticas desfavoráveis, no contexto dos anos iniciais de sua implantação, é que:

- A proposta de organização de um sistema que integrasse as duas instituições da área de serviços de saúde, o MS e o MPAS, sob o comando único do Conselho de Desenvolvimento Social, de modo a evitar duplicidade de esforços, gastos e ineficácia das ações, não alcançou os resultados almejados. Sendo assim, seus críticos acusavam o SNS de manter a dicotomia na saúde, sendo a melhor solução para esta questão a unificação das atividades assistenciais e de caráter coletivo em uma única instituição: o Ministério da Saúde;
- Foi também mantida a divisão entre as ações preventivas e as curativas, contrariamente às recomendações internacionais e das correntes progressistas

nacionais, consagrada na coexistência de duas redes distintas de serviços em saúde a pessoas, o que pode ser, em boa medida, explicado pela força de uma dualidade institucionalizada na separação entre Ministério da Educação e Saúde Pública e Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, na década de 30, e posteriormente entre o Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social, na década de 70, respectivamente para as ações de saúde coletivas e para a assistência médica individual;

- Por continuar o MPAS com forte poder político e financeiro, a sua política de saúde permaneceu dominante no setor, com ênfase na assistência médica curativa, hospitalocêntrica, realizada a partir da compra de serviços e materiais do setor privado, sem adequado controle e com frequentes denúncias de fraudes, o que também é trajetória dependente, ou seja, fruto das opções político-institucionais realizadas para o setor de saúde, nas décadas anteriores;

- A opção pela compra de serviços não permitiu que fosse ampliada a rede de serviços públicos de modo a atender à crescente cobertura e demanda, limitando a capacidade prestadora do governo e reforçando sua dependência do setor privado;

- O privilegiamento do setor privado favoreceu seu grande crescimento, tornando-o um importante agente de pressão política na saúde, de modo a atender seus interesses, e não necessariamente os do SNS;

- A Lei do SNS foi pouco clara em suas orientações, demandando regulamentação, que por sua vez não evoluía com a pertinente e necessária agilidade, o que causava lentidão na implantação do SNS;

- O SNS favorecia as classes privilegiadas uma vez que, pela cobertura assistencial de melhor qualidade e concentrada predominantemente nas cidades, deixava de atender aos mais necessitados, que eram grande parte da população. Some-se a isso o fato de o MPAS possuir orçamento significativamente maior que o MS, que encarregado das ações coletivas de saúde, enfrentava dificuldades na sua realização;

- Não houve mudança da estrutura funcional do MEC, mantendo desalinhada a formação médica das necessidades do país, tanto no que se refere às especialidades com maior demanda como à distribuição geográfica dos profissionais, com a permanência de grandes vazios assistenciais fora dos centros urbanos;
- O SNS foi elaborado pelo Executivo, sem participação dos municípios e estados, dos órgãos de classe do setor e da população, seu destinatário final;
- A redefinição de competências das esferas federativas, com descentralização executiva e municipalização dos serviços em saúde, entrou em conflito com núcleos de interesses políticos que criaram constrangimentos à implantação do SNS;
- O financiamento do Sistema persistia insuficiente frente ao progressivo aumento da cobertura e à crescente demanda por assistência médica;
- O SNS tensionou o debate na área da saúde, evidenciando as falhas do modelo escolhido e reunindo diferentes grupos em prol de mudanças progressistas que, nesse período, já tomavam corpo no movimento pela reforma sanitária.

5.4 Considerações finais

No trabalho de Weir (1992), ocorre uma análise da influência das ideias nas políticas governamentais, buscando avançar além da questão dos interesses dos atores e compreender por que certas ideias ganham em relação a outras também presentes no cenário. Nesse sentido, ela propõe uma distinção entre dois modos de se abordarem as ideias: filosofia pública e ideias programáticas. A primeira diz respeito aos princípios morais e valores - campo ideológico, e a segunda se refere a questões de ordem técnica - no campo da ação. Em síntese, ela propõe uma interdependência desses fatores para que uma determinada política pública se consolide: “... a influência das ideias na política é mais forte quando ideias programáticas ligadas a meios administrativos se unem a uma filosofia pública; desconectadas, a influência de cada uma torna-se difícil de sustentar” (WEIR, 1992, p. 208, tradução livre).

No percurso deste capítulo, foram descritos alguns dos atores (segmentos da sociedade civil, profissionais do setor de saúde, governo militar, mercado internacional de equipamentos e medicamentos, organizações internacionais), ideias (saúde como direito, integralidade do cuidado, saúde e desenvolvimento, aumento de cobertura, racionalidade, planejamento, organização da saúde) e interesses (corporativos, de burocracias públicas, empresas) que, inseridos em um arcabouço institucional prévio (Ministério da Saúde, Previdência Social, setor privado da saúde), reforçado pelo novo cenário político (regime ditatorial em abertura política e com valorização do social) e filosofia pública (desenvolvimento econômico e social), aliado à criação de novas instituições (MPAS) e dispositivos legais (CDS, FAS), se associaram às ideias programáticas que, através do campo administrativo, influenciaram e materializaram a política de saúde, na qual se constituiu o SNS, em 17 de julho de 1975.

Conforme afirma Immergut (1992), o papel das instituições políticas não pode ser desprezado, uma vez que é nesse contexto que se dão os pontos de aprovação ou veto, conforme as regras do jogo político, no qual os diferentes atores buscam inserir ou adaptar seus interesses. No período em análise (1940-1980), buscamos demonstrar como esses diferentes fatores impactaram na organização da saúde no país, prevista como um sistema de comando único das instituições atuantes no campo da saúde, mas que, segundo as críticas que recebeu, não logrou a coordenação e eficácia necessárias, resultado atribuído principalmente à manutenção da dicotomia das ações em saúde.

Em seu livro: “Saúde no governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público”, Fonseca (2007) analisa o período getulista, no que tange a diferença entre os dois formatos de políticas públicas de saúde da época, representadas pelo Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP – futuro MS, em 1953) e pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC – de onde se originaria posteriormente o MPAS, em 1974), como medidas adotadas pelo Estado para consagrar a definição do modelo de prestação de serviços públicos de saúde voltados à população brasileira, e como instrumento de um processo que previa também o fortalecimento do poder

público no interior do país. Ao analisar o processo de construção histórica da Previdência Social, desde 1920, a autora conclui que se consagrou uma dualidade institucional no campo da organização da saúde brasileira nesse período, em um formato muito semelhante ao que se seguiu adiante.

Durante a pesquisa, foi possível compreender que a política de saúde formalizada com a criação do SNS, em 1975, ocorreu em um arcabouço institucional que já vinha se desenvolvendo gradualmente, desde o governo Vargas, com o fortalecimento da medicina previdenciária, que acabou por se tornar o padrão dominante de atenção em saúde. As pressões exercidas pelos diferentes atores e grupos de interesse somadas às escolhas políticas e institucionais realizadas na arena política da saúde, nesse período, apontam para uma dependência de trajetória, visto que criaram trajetórias de difícil retorno, limitaram outras possibilidades e favoreceram o modelo de saúde oficializado com a instituição do SNS.

Ainda que embebido nas ideias sobre planejamento, racionalidade e abordagem sistêmica aqui narradas, a primeira proposta para um SNS, formulada pelo Ministério da Saúde, em 1973, trazia consigo uma questão polêmica: a transferência das atividades assistenciais e recursos do INPS para o próprio MS, unificando a gestão de todos os serviços de saúde no nível ministerial. Essa proposta, formalmente elaborada em um projeto de lei, não avançou. Em seu lugar, foi escolhida a proposta elaborada pelo MPAS, a qual acabou por institucionalizar a divisão da saúde, em 1975, ao definir em sua lei que a saúde coletiva seria atribuição do Ministério da Saúde e que a assistência médica individual, de cunho curativista, hospitalocêntrico e privatizante, ficaria a cargo do Ministério da Previdência e Assistência Social.

Entretanto, também é possível constatar algumas mudanças na área da saúde durante os “anos Geisel”, ainda que não tenham acarretado uma substituição do modelo de atenção à saúde vigente, como o ingresso, na arena política de debate sobre a saúde, de segmentos da sociedade civil que começaram a questionar explicitamente a política setorial, e a efetivação de medidas rumo à universalização da cobertura, exemplificadas pelo gradual

declínio do critério contributivo para acesso aos serviços em saúde e pela expansão da rede básica de serviços rumo ao interior do país. Também nesse sentido, considerando suas limitações, o SNS pode ser compreendido como um reconhecimento oficial de algumas questões e problemas do setor de saúde, sendo a primeira tentativa concreta de expandir, organizar e racionalizar o complexo sistema de saúde, buscando utilizar toda a capacidade instalada e instituindo, ainda que de forma embrionária, a noção de saúde como direito dos cidadãos, dentro do contexto político vigente.

Finalmente, ainda que o crescente e matizado movimento contra hegemônico tenha apresentado restrita capacidade de interferência nas decisões institucionais nesse momento e não tenha se alterado significativamente o modelo assistencial na prática, é possível inferir que houve um certo acúmulo de experiências nas instituições federais definidoras da política de saúde e gestoras dos serviços setoriais, o que pode ter proporcionado uma janela de oportunidade para uma futura política que conduzisse a uma unificação institucional do sistema de saúde e garantisse, então em termos formais, o direito de todo cidadão a um bem inalienável: a saúde.

Conclusão

O ponto de partida para esta pesquisa decorreu do gradual envolvimento desta médica no universo das políticas e da gestão em saúde, após 22 anos de experiências nas diferentes esferas da saúde pública, no setor privado e, inclusive, no militar. Tendo vivenciado rotineiramente os desafios que se colocam aos usuários, prestadores de serviços e gestores do atual sistema de saúde brasileiro, o SUS, e trabalhando recentemente na elaboração de propostas de articulação e organização de serviços de saúde entre as diferentes esferas governamentais na saúde, surgiu a ideia de realizar uma análise histórica das políticas de saúde no que tange à organização da assistência. Sendo assim, interessou-me compreender como se deu o processo de formulação e implantação imediata do primeiro sistema de saúde de âmbito nacional instituído formalmente no Brasil, o qual tinha como objetivo, já expresso em seu Artigo 1º da Lei 6.229, de 17 de julho de 1975, que o criou, justamente organizar o “complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da saúde” (BRASIL, 1975).

Como afirma Almeida (1997, p. 661), os sistemas de saúde são “o produto de uma infinidade de enfrentamentos, negociações e ajustes entre a burocracia estatal, a categoria médica, os sindicatos, os partidos políticos, os parlamentos e os poderosos grupos de interesses que gravitam em torno da indústria da assistência médica”, e não somente o resultado de um desenho pré-definido e da instituição de uma lei. Sendo assim, buscando compreender esse balanço de forças, fez-se necessária a realização da abordagem histórica, buscando analisar o contexto político geral e setorial, os principais atores envolvidos, as ideias que circulavam nacional e internacionalmente, e as instituições que conformaram o cenário de criação do SNS como tal. Com o objetivo de obter informações adicionais sobre as facilidades e/ou óbices que envolveram sua modelagem e construção, a pesquisa também abrangeu o período imediato de sua implantação, de modo a analisar as reações de apoio e/ou contestação, ou seja, o seu recepcionamento na arena setorial e, em termos gerais, na sociedade.

Baseando-se no conceito de dependência de trajetória, segundo o qual as opções políticas e institucionais anteriores estruturam o comportamento político, definem arranjos institucionais e legitimam grupos de interesses, visto que incluem diferentes grupos de atores e excluem outros, estabelecendo os contornos dentro dos quais as decisões posteriores são tomadas (IMMERGUT, 1992, 1998), foi realizado um mapeamento da organização da assistência no Brasil buscando identificar a articulação crítica nesse cenário que possa ser considerada um marco para o modelo organizacional adotado pelo SNS. Esse momento coincide com a década de 40, Governo Vargas, durante o qual houve um processo deliberado de centralização estatal que avançou para a área da saúde. Em meio a diferentes tradições e propostas organizacionais para a assistência, foram tomadas medidas que instituíram um modelo de atenção duradouro no país e, como visto, de difícil retorno, ao se criarem dois campos institucionais para a prestação de serviços de saúde: o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, no modelo de seguro social, disponibilizando uma assistência médica individualizada, curativista e hospitalocêntrica, e o Ministério da Educação e Saúde, responsável pelas ações coletivas de saúde, ou seja, destinado aos excluídos do mercado formal de trabalho (FONSECA, 2007; MOURA; GARCIA, 1994).

Ciente do diálogo nacional com o cenário externo no que tange às discussões em saúde, buscou-se também identificar as principais ideias em debate, principalmente no que diz respeito aos organismos internacionais especializados em saúde, com o objetivo de verificar a existência de conexões com as questões organizacionais da assistência no Brasil. Era um momento em que os países envolvidos na 2ª Guerra Mundial buscavam se reestruturar, priorizando o social, e nele, a saúde, quando, não por acaso, foram criados a OMS, a OPAS e a UNICEF. A filosofia pública que passou a predominar na saúde internacional (PIRES-ALVES; MAIO, 2015), no contexto interamericano, era a do desenvolvimento econômico e social, para o que seria necessário rever o conceito de saúde, viabilizar o seu acesso para toda a população e, sendo assim, organizar os serviços de saúde existentes.

É nesse contexto que as concepções sobre planejamento avançam para a saúde, como a ferramenta racionalizadora que tornaria viável a expansão da cobertura assistencial nos países ditos subdesenvolvidos, onde os recursos costumam ser escassos. Novamente tem destaque o papel de organismos internacionais, no caso, a OPAS, que em uma parceria com a Venezuela elabora uma metodologia de planejamento em saúde específica para a América Latina que ficou conhecida como CENDES/OPAS (OPS; OMS, 1965). Embora tenha caído em descrédito poucos anos depois, principalmente por sua lógica predominantemente econômica e normativa, alguns pontos da metodologia foram incorporados, como a eleição de prioridades, a programação ascendente e a proposta de orçamentação por programas, tendo influenciado uma “cultura em planejamento e programação em saúde” (MELLO, 2010, p. 174). A OPAS também recomendava o estabelecimento de unidades especializadas de planejamento e avaliação de programas nos ministérios da saúde do continente, assim como a formação e o treinamento de pessoal para essas atividades específicas.

Verifica-se então a gradual construção de um campo de conhecimento que alimentou e se inseriu no debate organizacional da saúde no Brasil, reforçado pela receptividade dos tecnocratas da saúde do regime militar, instaurado com o golpe de 1964, tendo como resultado a inserção do planejamento como uma norma organizadora do debate sobre administração na saúde. Nesse sentido, ainda em âmbito internacional, foi se construindo um consenso em torno da ideia de “sistema” como modelo organizacional para os serviços de saúde, sendo recomendada a criação de “sistemas nacionais de saúde” nos países, a partir da definição dos campos de atuação do setor de saúde, das instituições que o compõem e suas relações, com hierarquização, coordenação e integração dos serviços, e visando a cobertura total da população (OPS/OMS, 1972, p. 73).

No Brasil, o contexto da saúde na década de 70 contava com o recrudescimento das discussões em saúde, em meio ao abrandamento do regime militar, reivindicando melhorias no modelo assistencial, com o surgimento e organização de diferentes núcleos da sociedade civil que traziam

propostas transformadoras para o setor. No campo institucional, consolidava-se a preponderância política e financeira da Previdência Social, culminando na sua transformação em Ministério da Previdência e Assistência Social, em 1974, durante o governo Geisel. Seu modelo assistencial privilegiava a compra de serviços ao setor privado, resultando na criação e organização de instituições, atores e interesses em torno desse eixo, os quais, na preservação de seus interesses, produziram constrangimentos duradouros às tentativas de mudanças no modelo de saúde pública brasileira.

O Ministério da Saúde, embora com menor prestígio político e financeiro nesse período, teve a iniciativa de elaborar, em 1973, em pleno regime militar (Governo Médici), uma Política Nacional de Saúde que trazia a proposta de criação de um Sistema Nacional de Saúde (SNS) capaz de mudar substancialmente esse cenário, a partir da transferência das atividades, estrutura e recursos do INPS para o MS, unificando a gestão dos serviços de saúde. Neste aspecto, merece investigação posterior a forma pela qual certas ideias progressistas lograram alcançar o ponto de um projeto de lei, que trazia um dos principais pilares do que só se concretizaria 15 anos depois, em 1988: a criação do Sistema Único de Saúde. Embora favorável à criação de um SNS, o governo seguinte, do Presidente Geisel, optou por não adotar esse modelo unificador no nível ministerial, mas sim a proposta oriunda do MPAS. Sendo assim, foi mantida a divisão das competências e atribuições e criado o Conselho de Desenvolvimento Social, um órgão supraministerial ligado diretamente ao presidente, e designado, entre outras funções, como o gestor do sistema. Essa opção veio de encontro aos interesses dos atores e instituições forjados nas décadas anteriores: a previdência social e o setor privado da saúde.

Na perspectiva das principais críticas de autores do período (CORDEIRO; QUADRA, 1977; MELLO, 1977b, 1981; GIRON, 1978; CORDEIRO, 1979), o SNS acabou por institucionalizar a dicotomia na assistência, apresentando mais elementos de continuidade institucional do que de inovação na organização da saúde brasileira. Segundo narrativa de Luiz Gonzaga do Nascimento e Silva, ministro do MPAS durante o Governo Geisel, a decisão de se manter a assistência médica aos trabalhadores dentro deste

ministério era “uma vertente natural, ditada, certamente, pela natureza da contribuição” (SILVA, 2004b, p. 1–2), o que na verdade diz respeito à construção e consolidação de uma cultura política e institucional que fortalecia uma compreensão de base corporativa da oferta de saúde. Da forma como se deu a evolução da organização da assistência no aparato previdenciário, seria razoável se esperar que os próprios trabalhadores vissem mais benefícios em se manter a estrutura segmentada, com liberdade de atuação para o setor privado, do que a inclusão de todos em um único sistema de saúde, o que, somado ao contexto repressivo do regime militar, dá pistas acerca do motivo da relativa ausência de envolvimento dessa categoria nas discussões sobre a criação do SNS e levanta a seguinte questão: teria sido o SNS instituído como tal caso esse “ator” tivesse desempenhado outro papel?

Com o SNS se sedimentam certas tradições e ideias há muito discutidas, como a inserção do planejamento na estrutura administrativa das esferas estatais, o papel do Estado como ente regulador, a universalização da cobertura, a descentralização, hierarquização e integração de todos serviços de saúde, e até mesmo a unificação institucional dos serviços de saúde, ainda que no caso do SNS esta tenha se efetivado pelo CDS. Por outro lado, o SNS também pode ser analisado como um reconhecimento oficial de algumas questões e problemas do setor de saúde, sendo a primeira tentativa concreta de expandir e racionalizar o complexo sistema de saúde, buscando utilizar toda a capacidade instalada e instituindo, ainda que de forma inicial, a noção de saúde como direito dos cidadãos, dentro do contexto político vigente.

Adicionalmente, embora tenha se mantido a separação institucional entre as ações de saúde de cunho coletivo e as individuais, respectivamente a cargo do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social, definiu-se uma “unidade de gestão do sistema” a partir do Conselho de Desenvolvimento Social. O CDS tinha como função assessorar o Presidente da República na formulação da política social e na coordenação das atividades dos Ministérios envolvidos, segundo a orientação geral definida no Plano Nacional de Desenvolvimento, sendo também responsável por avaliar a política nacional de saúde, formulada pelo Ministério da Saúde, e os planos setoriais dos

Ministérios da Previdência e Assistência Social e da Educação e Cultura, referentes à assistência médica e formação profissional médica e paramédica, fixando as diretrizes para sua execução. Sendo assim, houve de fato uma iniciativa no sentido de planejar, organizar, coordenar e integrar as ações em saúde, buscando alinhá-las ao desenvolvimento social e econômico.

O SNS emergiu quase que concomitantemente ao Movimento Sanitário e seria possível pensar que, além de ter tensionado o debate na área da saúde, boa parte de suas ideias e experiências acima listadas possam ter servido de base técnico-política e epistemológica para a formulação e criação do SUS. No que tange à universalização do acesso, constitucionalmente garantida em 1988, em seu Artigo 196º: “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, pode-se dizer que ela deu seus primeiros passos a partir do progressivo processo de centralização realizado pelo Estado, por ocasião da criação dos IAPs, quando emerge uma incipiente política nacional de saúde e tem início, de fato, a medicina previdenciária nos moldes que seguiriam nos próximos 30 anos, de expansão da cobertura assistencial e gradual desvinculação da contribuição contratual para acesso aos serviços de saúde. No que se refere à tão almejada unificação da saúde no âmbito do Ministério da Saúde, demonstramos que essa ideia já vinha sendo defendida desde a década de 50, com tentativas de avanços e sofrendo retrocessos, diante dos filtros presentes no arcabouço de atores e instituições de cada período. Conforme afirmam Giovanella e Lobato (2012, p. 220), os sistemas de saúde representam um vigoroso setor de atividade econômica e também uma importante arena política de disputa de poder e recursos na qual ocorrem conflitos distributivos (dinheiro, prestígio, empregos), envolvendo variados interesses de profissionais, partidos políticos, movimentos sociais, sindicatos, empresários, etc.

Referências

Arquivos Institucionais consultados

Biblioteca de História das Ciências e da Saúde – COC/FIOCRUZ.

Biblioteca de Manguinhos – Pavilhão Haity Moussatché.

Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil da Fundação Getúlio Vargas.

Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz (Rio de Janeiro).

Fundação Biblioteca Nacional (Rio de Janeiro).

Fontes

AGUIAR, Nildo de Aguiar. In: *Memória da Assistência Médica da Previdência Social no Brasil. Nildo de Almeida Aguiar* (3a entrevista, fita 7, 22/04/1987). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz/COC, 2004a. p. 18.

_____. In: *Memória da Assistência Médica da Previdência Social no Brasil. Nildo de Almeida Aguiar* (3a entrevista, fita 8, 1987). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz/COC, 2004b. p. 17.

_____. In: *Memória da Assistência Médica da Previdência Social no Brasil. Nildo de Almeida Aguiar* (3a entrevista, fita 9, 1987). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz/COC, 2004c. p. 17.

AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION. *Medical Care in a National Health Program*. v. 34, n. 12, p. 1252–1256, dez. 1944.

Anais do X Congresso Brasileiro de Higiene. Belo Horizonte, MG: Imprensa Oficial do estado de Minas Gerais, 19 out. 1952

ARQUIVO ERNESTO GEISEL: CPDOC/FGV. EG pr 1974.07.11, 11 jul. 1974.

_____. EG pr 1974.04.25, 16 maio 1975a.

_____: EG foto 0967, 17 jul. 1975b.

BASTOS, Murilo Villela. *Saúde e previdência social no Brasil: o impacto da previdência social na organização dos serviços médicos*. v. 13(4), p. 95–116, dez. 1979.

_____. In: *Memória da Assistência Médica da Previdência Social no Brasil. Murilo Villela Bastos* (4a entrevista, fita 10, 1986). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz/COC, 2004a. p. 18.

_____. In: *Memória da Assistência Médica da Previdência Social no Brasil: Murilo Villela Bastos* (3a entrevista, fita 9, 1986). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz/COC, 2004b. p. 26.

_____. In: *Memória da Assistência Médica da Previdência Social no Brasil. Murilo Villela Bastos* (2a entrevista, fita 2, 1986). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz/COC, 2004c. p. 19.

BASTOS, Murilo Villela; MELLO, Carlos Gentile de. *Conceitos econômicos fundamentais. Revista Paulista de Hospitais*, v. XXII, n. 9, set. 1974.

BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. *Reunión de Punta del Este*. v. 5, n. 51, p. 473–493, nov. 1961.

BOYD, Mark Frederick. *Preventive Medicine*. 6a. ed. Philadelphia, USA: W. B. Saunders Company, 1940.

BRAGA, Ernani. *Planejamento de saúde e integração docente-assistencial: algumas considerações. Revista de Administração Pública*, v. 11, n. 3, p. 57–68, set. 1977.

BRASIL. *Constituição Federal de 1946*. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1940-1949/constituicao-1946-18-julho-1946-365199-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 21 fev. 2018.

_____. *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. Acesso em: 21 fev. 2018.

_____. *Decreto Lei nº 200 de 25 de fevereiro de 1967*. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del0200.htm#art156§3. Acesso em: 5 set. 2017.

_____. *Constituição Federal de 1967*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67emc69.htm. Acesso em: 21 fev. 2018.

_____. *Decreto nº 63.341, de 1º de outubro de 1968*. Estabelece critérios para a expansão do ensino superior e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-63341-1-outubro-1968-404684-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 03 fev. 2018.

_____. *Lei nº 6.151, de 4 de dezembro de 1974*. Dispõe sobre o Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), para o período de 1975 a 1979. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6151.htm. Acesso em: 03 fev. 2018.

_____. *Lei nº 6.168*, de 9 de dezembro 1974. Cria o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS - e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6168-9-dezembro-1974-357497-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 03 fev. 2018.

_____. *Lei nº 6.036*, de 1º de 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. Acesso em: 22 fev. 2018.

_____. *Lei nº 6.118*, de 9 de outubro de 1974. Dispõe sobre a criação do Conselho de Desenvolvimento Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6118.htm. Acesso em: 5 set. 2017.

_____. *Lei nº 6.125*, de 4 de novembro de 1974. Autoriza o Poder Executivo a constituir a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social - DATAPREV, e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6125-4-novembro-1974-357666-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 26 fev. 2018.

_____. *Lei nº 6.229*, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6229impressao.htm. Acesso em: 4 set. 2017.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. *Projeto de Lei e outras proposições: ficha de tramitação PL 9, de 1975*. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=170051>. Acesso em: 3 mai. 2019.

CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACIÓN DE LA SALUD. *Formulación de Políticas de Salud*. Santiago, Chile: jul. 1975.

COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA. *5a Reunião Plenária - Ata de Comissões do Diário do Congresso Nacional*. 12 abr. 1975.

COMISSÃO DE SAÚDE DA CÂMARA DOS DEPUTADOS. *I Simpósio Sobre Política Nacional de Saúde*. Brasília, 9 out. 1980.

CONSENSUS. *Entrevista: José Carlos Seixas*. n. 9, out. nov. dez. 2013. Disponível em: <http://www.conass.org.br/consensus/entrevista-jose-carlos-seixas/>. Acesso em: 21 mar. 2019.

CORDEIRO, Hésio de Albuquerque. *Aspectos político-institucionais da implantação do SNS*. In: XIX Congresso Brasileiro de Higiene/1º Congresso Paulista de Saúde Pública. São Paulo, SP: 10 out. 1977.

CORDEIRO, Hésio de Albuquerque; QUADRA, Antônio Augusto F. *Sistema Nacional de Saúde: antecedentes; tendências e barreiras*, v. 11(3), p. 15–29, set. 1977.

CORREIO PAULISTANO. *Reforma dos Serviços de Higiene do Interior: interessantes comentários tecidos a respeito pelo prof. Samuel Pessoa, diretor do Departamento de Saúde do Estado*. p. 4, 27 fev. 1943.

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL. *Mensagem Nº 44*, do Poder Executivo, 6 mar. 1975. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD06MAR1975.pdf#page=10>. Acesso em: 04 jun. 2019.

_____. *7ª Reunião Ordinária da Comissão de Finanças*, 8 de maio 1975. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD17MAI1975.pdf#page=98>. Acesso em 04 jun. 2019.

_____. *Ofício deferido*, 14 maio 1975. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD14MAI1975.pdf#page=4>. Acesso em 04 jun. 2019.

_____. *3ª Reunião Ordinária da Comissão de Constituição e Justiça*, 7 jun. 1975. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD07JUN1975.pdf#page=79>. Acesso em: 04 jun. 2019.

_____. *13ª Reunião Ordinária da Comissão de Finanças*, 12 jun. 1975. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD19JUN1975.pdf#page=58>. Acesso em: 06 jun. 2019.

_____. *Emenda*, 16 jun. 1975. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD17JUN1975.pdf#page=57>. Acesso em: 28 mai. 2019.

_____. *Substitutivo da Comissão de Saúde*, 16 jun. 1975. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD17JUN1975.pdf#page=57>. Acesso em: 28 mai. 2019.

_____. *Discussão única do Projeto de Lei Nº 9-A, de 1975*, 17 jun. 1975. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD17JUN1975.pdf#page=57>. Acesso em: 28 mai. 2019.

_____. *Requerimento Nº 254, de 1975*, 25 jun. 1975. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/diarios/BuscaPaginasDiario?codDiario=8482&seqPaginaInicial=31&seqPaginaFinal=40>. Acesso em: 06 jun. 2019.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. *A participação do Estado nas ações de saúde*. In: XIX Congresso Brasileiro de Higiene/1º Congresso Paulista de Saúde Pública. São Paulo, SP: 10 out. 1977.

FALK, Isidore. S. *Medical care in the USA-1932-1972. Problems, proposals and programs from the Committee on the Costs of Medical Care to the Committee for National Health Insurance*. The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society, v. 51, n. 1, p. 1–32, 1973.

FOLHA DE S. PAULO. *Solução Brasileira*. Ago. 1977. Disponível em: <https://acervo.folha.com.br/leitor.do?numero=6299&keyword=%22Sistema+Nacional+de+Saude%22&anchor=4429160&origem=busca&pd=2ca37902592145b882fca8053b55c7816>. Acesso em: 30 abr. 2019.

_____. *A cólera poderá nos atingir, diz técnico*. 25 set. 1977. Disponível em: <https://acervo.folha.com.br/leitor.do?numero=6349&keyword=%22Sistema+Nacional+de+Saude%22&anchor=4327729&origem=busca&pd=f34111d722dc0da7f39e2aa07eaf5fe1>. Acesso em: 03 mai. 2019.

_____. *Prosseguem os debates na V Sesac*. 23 mar. 1978. Disponível em: <https://acervo.folha.com.br/leitor.do?numero=6528&keyword=%22Sistema+Nacional+de+Saude%22&anchor=4281492&origem=busca&pd=45dbaadb0475288d2eda65f3fc061b3f>. Acesso em: 03 mai. 2019.

_____. *Medicina de Grupo abre seu congresso*. 20 set. 1978. Disponível em: <https://acervo.folha.com.br/leitor.do?numero=6709&keyword=%22Sistema+Nacional+de+Saude%22&anchor=4327073&origem=busca&pd=99a7e346b037db0e52e9e35b7c166623>. Acesso em: 03 mai. 2019.

_____. *Sistema Nacional de Saúde fracassou, diz sanitaria*. 22 out. 1978. Disponível em: <https://acervo.folha.com.br/leitor.do?numero=6741&keyword=%22Sistema+Nacional+de+Saude%22&anchor=4327295&origem=busca&pd=a0a324c250f0fa1a29e6c7e16004aeb3>. Acesso em: 03 mai. 2019.

_____. *Saúde do Brasil em debate na Câmara Federal*. 7 out. 1979. Disponível em: <https://acervo.folha.com.br/leitor.do?numero=7091&keyword=%22Sistema+Nacional+de+Saude%22&anchor=4267171&origem=busca&pd=63652e1fb5f3d633f7f2d6cfdd140245>. Acesso em: 06 mai. 2019.

GEISEL, Ernesto. *Introdução da mensagem ao Congresso Nacional, na abertura da sessão legislativa de 1975*. Presidência da República Casa Civil - Secretaria de Administração Diretoria de Gestão de Pessoas Coordenação - Geral de Documentação e Informação Coordenação de Biblioteca, 1 mar. 1975.

GRANT, Jonh B. *Las tendencias internacionales en la organizacion y enseñansa de los servicios de proteccion de la salud*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, jul. 1959.

HILLEBOE, Herman E.; LARIMORE, Granville W. *Medicina Preventiva*. Rio de Janeiro, RJ: Tradução em português editada pela Aliança para o Progresso - USAID, 1965.

HORWITZ, Abraham. *Relaciones entre salud y desarrollo economico*. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. XLVII, n. 2, p. 93–100, ago. 1959.

IPEA. *Realizações do Governo Geisel (1974-1978). II - A concepção e execução da estratégia social*. Saúde, Previdência e Assistência Social. Brasília, DF: 1979, p. 187-263.

JORNAL DO BRASIL. *Mapa da Saúde*. 30 nov. 1973. Disponível em: http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=030015_09&PagFis=17105&Pesq=sistema%20nacional%20de%20sa%C3%BAde. Acesso em: 22 abr. 2019.

_____. *Federação de Hospitais acha seguro-saúde bom para a iniciativa privada e INPS*. 14 out. 1974. Disponível em: http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=030015_09&PagFis=112332&Pesq=sistema%20nacional%20de%20sa%C3%BAde. Acesso em: 14 abr. 2019.

_____. *Consciência Sanitária*. 12 fev. 1975. Disponível em: http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=030015_09&PagFis=112332&Pesq=sistema%20nacional%20de%20sa%C3%BAde. Acesso em: 14 abr. 2019.

_____. *Classe reage à estatização dos hospitais particulares*. 11 maio 1975. Disponível em: http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=030015_09&PagFis=112332&Pesq=sistema%20nacional%20de%20sa%C3%BAde. Acesso em: 14 abr. 2019.

_____. *Sistema de Saúde é aprovado*. 25 jun. 1975. Disponível em: http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=030015_09&PagFis=122159&Pesq=sistema%20nacional%20de%20sa%C3%BAde. Acesso em: 14 abr. 2019.

_____. *Sistema de Saúde terá sanção hoje*. 17 jul. 1975. Disponível em: http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=030015_09&PagFis=124407&Pesq=sistema%20nacional%20de%20sa%C3%BAde. Acesso em: 14 abr. 2019.

_____. *Geisel exalta ação do Legislativo ao criar o Sistema de Saúde*. 18 jul. 1975. Disponível em: http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=030015_09&PagFis=124407&Pesq=sistema%20nacional%20de%20sa%C3%BAde. Acesso em: 14 abr. 2019.

_____. *Obstáculos*. 7 ago. 1975. Disponível em: http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=030015_09&PagFis=124407&Pesq=sistema%20nacional%20de%20sa%C3%BAde. Acesso em: 22 abr. 2019.

_____. *Medicina no Brasil: a saúde é uma mercadoria como outra qualquer*. 26 abr. 1978. Disponível em: http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=030015_09&pesq=jos%C3%A9%20carlos%20seixas. Acesso em: 02 mai. 2019.

JORNAL OPINIÃO. *Saúde: um diagnóstico desolador*. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=123307&pesq=Sistema%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde&pasta=ano%20197>. Acesso em: 13 set. 2017.

LEAVELL, Hugh Rodman; CLARK, E. Gurney. *Textbook of Preventive Medicine*. USA: McGraw-Hill Book Company, 1953.

MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos. *Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo*. Tese de livre-docência - São Paulo, SP: Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP, 1949.

_____. *Níveis de autoridade - central, regional e local - nos programas de saúde pública no Brasil*. Arquivos da Faculdade de Higiene (São Paulo), v. 17, n. 2, p. 223–240, 1963.

MATUS, Carlos. *Estrategia y plan*. 2a. ed. México: Siglo XXI, 1978.

MELLO, Carlos Gentile de. *Os convênios do INPS e a medicina de grupo*. Brasil Médico, n. jan/fev/mar, 1971.

_____. *A Política Médico-Assistencial do INPS: doutrina e prática*. Revista Paulista de Hospitais, fev. 1973.

_____. *Privatizada, a medicina social só desserve*. Política, 20 ago. 1973.

_____. *Fusão, o futuro dos Ministérios?* Movimento, p. 9, 11 ago. 1975.

_____. *Sistema Nacional de Saúde: Proposições e Perspectivas*. Revista Paulista de Hospitais, v. 24, n. 10, p. 25, out. 1976.

_____. *Saúde e Assistência Médica no Brasil*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1977.

_____. *O muro da vergonha*. Folha de S. Paulo, 30 ago. 1977.

_____. *O pauperismo do Ministério da Saúde*. Folha de S. Paulo, p. 3, 14 nov. 1979.

_____. *Encontro começa em São José com críticas ao Sistema de Saúde*. Vale Paraibano, 7 mar. 1980.

_____. *O Sistema de Saúde em Crise*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1981.

MELLO, Carlos Gentile de *et al.* *Aplicação da técnica CENDES/OPAS modificada na análise de serviços de saúde da FSESP, em Pernambuco*. Revista do Serviço Especial de Saúde Pública, v. Tomo VX, n. 2, 1970.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE. *1ª Conferência Nacional de Saúde*. Rio de Janeiro, RJ: 10 nov. 1941.

_____. *João de Barros Barreto - A organização da Saúde Pública no Brasil*. 2ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: Imprensa Nacional, 1942.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE/DNS. *João de Barros Barreto - As realizações em 1941 do Departamento Nacional de Saúde*. 1ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: Imprensa Nacional, 1942.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *3ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: 1963. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_3.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2018.

_____. *Política Nacional de Saúde*, 1973.

_____. *5ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: 5 ago. 1975.

_____. *Anais da 6ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: 1 ago. 1977.

_____. *6ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: 1 ago. 1977.

_____. *Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: 24 mar. 1980.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. *Sistema Nacional de Saúde*. Brasília, 5 ago. 1975.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL. *Coordenação da Assistência Médica com o Sistema Universitário*. Brasília, 1973.

MYRDAL, Gunnar. *Economic aspects of health*. Chronicle of the World Health Organization, v. 6, n. 7–8, p. 203–218, 1952.

NEWELL, Kenneth W. (Ed.). *Health by the people*. Geneva: Albany, N.Y: World Health Organization, 1975.

OEA (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS). *Declaración a los Pueblos de América. Carta de Punta del Este, Plano Decenal de Educación (anexo I) e Plano Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso (anexo II)*. Documentos finais da Reunião Extraordinária do Conselho Interamericano Econômico e Social em nível ministerial. Ministerio de Hacienda y Crédito Público de Colombia, 1961. Disponível em: <http://www.bdigital.unal.edu.co/11962/13/Primera%20Parte%20->

[%20El%20programa%20de%20la%20alianza%20para%20el%20progreso.pdf](#)
f. Acesso em: 15 mai. 2018.

OLIVEIRA, Juscelino Kubitschek de. *Mensagem ao Congresso Nacional remetida pelo Presidente da República por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1956*. Brasil, 1956.

OLIVEIRA, Jaime Antônio de Araújo; TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. (Im) *previdência social 60 anos de história da previdência no Brasil*. 2ª. ed. [s.l.] Editora Vozes, em co-edição com Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO, 1985.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). *Resolutions of the 26th World Health Assembly of interest to the Regional Committee*, May 22th, 1973.

OPAS. *Annual Report of the Director of the Panamerican Sanitary Bureau*. Official Document n. 124, Washington, D.C., E.U.A: 1972.

_____. *Las condiciones de salud en las Américas, 1969-1972*. Scientific Publication n. 287, 1974.

_____. *XIX Pan American Sanitary Conference, Pan American Health Organization; XXVI Meeting of the Regional Committee*. World Health Organization. Washington D.C.: 30 September - 11 October, 1974.

OPS. *Seminarios sobre la enseñanza de Medicina Preventiva*. Washington, D.C., E.U.A: Marzo, 1957.

_____. *Planificación de la salud en la América Latina*. Publicación científica nº 272. Washington, D.C., E.U.A: 1973.

OPS; OMS. *Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud*. Publicaciones Científicas, v. 111, abr. 1965.

_____. *Ten Year Health Plan for the Americas - Final Report of the III Special Meeting of Ministers of Health of the Americas*. Santiago, Chile: 2-9 out. 1972.

_____. *Aspectos teóricos de las ciencias sociales aplicadas a la medicina*. Educación médica y salud, v. 8, n. 4, p. 354–359, 1974.

PENIDO, Henrique Maia. *O Serviço Especial de Saúde Pública e suas realizações no Brasil*. Palestra proferida na Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP. São Paulo, SP, 20 jul. 1959.

PESSOA, Samuel Barnsley. *Problemas Brasileiros de Higiene Rural*. São Paulo: Indústria Gráfica José Magalhães Ltda, 1949.

SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION - USA. *A National Health Service: The British White Paper*. Social Security Bulletin, v. 7, n. 3, p. 12–18, mar. 1944.

STEPHANES, Reinhold. *A previdência social urbana e o INPS*. MPAS/INPS, 1976.

VIEIRA, Francisco Borges. *Questões de saúde e assistência na cidade e no campo*. Boletins do Instituto de Higiene de São Paulo. n. 87, 1945.

WINSLOW, Charles-Edward Armory. *The economic values of preventive medicine*. Chronicle of the World Health Organization, v. 6, n. 7–8, p. 191–202, 1952.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Work of WHO 1950*. Official Records of The World Health Organization, n. 30. Genebra: abril 1951.

_____. *V Assembleia Mundial da Saúde*, Genebra, Suíça, 5-22 de maio de 1952.

Bibliografia

ACADEMIA DE MEDICINA DE SÃO PAULO. Disponível em: <https://www.academiamedicinasapaulo.org.br/biografias/56/BIOGRAFIA-FRANCISCO-BORGES-VIEIRA.pdf>. Acesso em: 14 out. 2019.

ALMEIDA, Célia. *Médicos e assistência médica: Estado, mercado ou regulação? Uma falsa questão*. Cadernos de Saúde Pública, v. 13, n. 4, p. 659–676, out. 1997.

_____. *Comentário: política e planejamento: o Plano de Saúde Leonel Miranda*. Revista de Saúde Pública, v. 40, n. 3, p. 381–385, jun. 2006.

ANDRE FRANCO MONTORO | CPDOC - Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil. Disponível em: <http://www.fgv.br/CPDOC/BUSCA/dicionarios/verbete-biografico/andre-franco-montoro>. Acesso em: 18 out. 2019.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1975.

BACKES, Marli Terezinha Stein *et al.* *Conceitos de Saúde e Doença ao Longo da História sob o Olhar Epidemiológico e Antropológico*. Rev. enferm. UERJ, v. 17, n. 1, p. 111–117, 2009.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. *O Direito à Saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele*. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Ed.). Textos de apoio em políticas de saúde. Série Trabalho e formação em saúde. Rio de Janeiro, RJ: [Brasília, Brasil]: Editora Fiocruz; Organização Mundial da Saúde: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. p. 11–41.

BERLINGUER, Giovanni; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury (Eds.). *Reforma sanitária, Itália e Brasil*. São Paulo: Londrina, PR: Editora Hucitec; Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 1988.

BEVERIDGE, William. *O Plano Beveridge: relatório sobre o seguro social e serviços afins*. Rio de Janeiro, RJ: José Olympio, 1943.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sérgio Goes de. *Saúde e previdência: estudos de política social*. 2ª. ed. São Paulo: HUCITEC, 1986.

BRASIL; CÂMARA DOS DEPUTADOS. *Década de 70*. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/plenario/discursos/escrevendohistoria/visitantes/panorama-das-decadas/copy_of_decada-de-70. Acesso em: 11 dez. 2017.

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

CARDOSO, Fernando Henrique. *O Modelo Político Brasileiro*. São Paulo: Ed. DIFEL, 1979.

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

CEBES. *A questão democrática na área da saúde*. Saúde em Debate, v. 9, p. 11–13, mar. 1980.

CHAVES, Mário. *Saúde e Sistemas*. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Getúlio Vargas, 1971.

CHIAVENATO, Júlio José. *O golpe de 64 e a ditadura militar*. 1ª. ed. São Paulo, SP, Brasil: Editora Moderna, 1994.

COC/FIOCRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). Disponível em: <http://basearch.coc.fiocruz.br/index.php/escola-nacional-de-saude-publica>. Acesso em: 25 jul. 2019.

COELHO, Tádzio Peters. *Subdesenvolvimento e Dependência: um debate entre o pensamento da Cepal dos anos 50s e a Teoria da Dependência*. Perspectiva Sociológica, v. 3, p. 1–13, 2011.

COHN, Amélia. *Caminhos da reforma sanitária*. Lua Nova: Revista de Cultura e Política, n. 19, p. 123–140, nov. 1989.

CORDEIRO, Hésio de Albuquerque Cordeiro. *O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 14, n. 2, p. 343–362, jul. 2004.

_____. *Sistemas de saúde: o Estado e a democratização da saúde*. Revista de Administração Pública, v. 13 (4), p. 39–62, dez. 1979.

_____. *Políticas de saúde no Brasil: 1970-1980*. In: Saúde e trabalho no Brasil. Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. Petrópolis: Vozes, 1982.

_____. *A medicina de grupo e o complexo médico-industrial*. Revista de Administração Pública, v. 17(3), p. 22–37, set. 1983.

_____. *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro, RJ: Edições Graal, 1984.

CORDEIRO, Janaina Martins. *A ditadura em tempos de milagre: comemorações, orgulho e consentimento*. Rio de Janeiro: FGV, 2015.

COSTA, Rodrigo Prado da; MISOCZKY, Maria Ceci; ABDALA, Paulo Ricardo Zilio. *Do dilema preventivista ao dilema promocionista: retomando a contribuição de Sérgio Arouca*. Saúde em Debate, v. 42, n. 119, p. 990–1001, out. 2018.

CUETO, Marcos (Ed.). *Los ciclos de la erradicación: la Fundación Rockefeller y la salud pública latinoamericana, 1918-1940*. In: Salud, cultura y sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas. Instituto de Estudios Peruanos Estudios históricos. 1ª ed. Lima: IEP, 1996. p. 179–201.

_____. *The value of health: a history of the Pan American Health Organization*. Rochester, NY: University of Rochester Press, 2007.

_____. *International health, the early cold war and Latin America*. Canadian Bulletin of Medical History, v. 25, n. 1, p. 17–41, 2008.

_____. *La “cultura de la sobrevivencia” y la salud pública internacional en América Latina: la Guerra Fría y la erradicación de enfermedades a mediados del siglo XX*. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 22, n. 1, p. 255–273, mar. 2015.

CUETO, Marcos; BROWN, Theodore M.; FEE, Elizabeth. *The World Health Organization: a history*. Cambridge University Press; 1st. Edition, 2019.

DAMASO, Romualdo. *Saber e praxis na reforma sanitária: avaliação da prática científica no movimento sanitário*. In: TEIXEIRA, S. M. F. (Ed.). Reforma sanitária: em busca de uma teoria. Coleção Pensamento social e saúde. São Paulo, SP: Cortez, Rio de Janeiro, RJ: ABRASCO, 1989.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. *Medicina e sociedade*. O médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

_____. *A pesquisa na área de saúde coletiva no Brasil: a década de 70*. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, v. 2, n. Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil, p. 19–32, 1983.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro; PEREIRA, Luiz. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, SP: Livraria Duas Cidades, 1976.

DRAIBE, Sônia Miriam. *As políticas sociais do regime militar brasileiro:1964-84*. In: SOARES, G. A. D.; ARAÚJO, M. C. S. D'; PINTO, A. P. (Eds.). *21 anos de regime militar: balanços e perspectivas*. 1ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1994. p. 271–309.

DUARTE, Pedro Henrique Evangelista; GRACIOLLI, Edílson José. *A teoria da dependência: interpretações sobre o (sub)desenvolvimento na América Latina*. V Colóquio Marx e Engels, p. 10, 2007.

EDLER, Flávio Coelho; PIRES-ALVES, Fernando Antônio. *A educação médica: do aprendiz ao especialista*. In: TEIXEIRA, L. A.; PIMENTA, T. S.; HOCHMAN, G. (Eds.). *História da saúde no Brasil. Saúde em debate*. São Paulo: Hucitec Editora, 2018.

ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 1999.

_____. *Mário Magalhães: Desenvolvimento é Saúde*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 8, p. 2453–2460, ago. 2015.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. *O futuro do welfare state na nova ordem mundial*. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, n. 35, p. 73–111, 1995.

FAUSTO, Boris. *História do Brasil*. São Paulo, SP, Brasil: Edusp: Fundação para o Desenvolvimento da Educação, 1994.

FELIPE, José Saraiva. *MPAS: o vilão da reforma sanitária?* *Cadernos de Saúde Pública*, v. 3, n. 4, p. 483–504, dez. 1987.

FERRARI FILHO, Fernando *Keynes e a atualidade da Teoria Keynesiana*. *Análise Econômica*, v. 15, n. 28, 5 out. 2009.

FERREIRA JR., Amarílio; BITTAR, Marisa. *Educação e ideologia tecnocrática na ditadura militar*. *Cadernos CEDES*, v. 28, n. 76, p. 333–355, dez. 2008.

FERREIRA, Marieta de Moraes. *Dicionário histórico-biográfico brasileiro, pós-1930*. In: ABREU, A. A. DE; Fundação Getúlio Vargas; Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil (Eds.). 2ª. ed. rev. e atualizada ed. Rio de Janeiro, Brasil: FGV Editora/FGV CPDOC, 2001.

FINKELMAN, Jacobo. (Ed.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2002.

FONSECA, Cristina Maria Oliveira. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2007.

- FONSECA, Pedro Cezar Dutra. *Keynes: o liberalismo econômico como mito*. Economia e Sociedade, v. 19, n. 3, p. 425–447, dez. 2010.
- FONSECA, Pedro Cezar Dutra; MONTEIRO, Sergio Marley Modesto. *O Estado e suas razões: o II PND*. Brazilian Journal of Political Economy, v. 28, n. 1, p. 28–46, mar. 2008.
- GERSCHMAN, Silvia Victoria. *A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira*. 2a. ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2004.
- GERSCHMAN, Silvia Victoria; SANTOS, Maria Angélica Borges dos. *O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 21, n. 61, p. 177–190, jun. 2006.
- GEVA-MAY, Iris; MASLOVE, Allan. *What prompts health care policy change? On political power contests and reform of health care systems (the case of Canada and Israel)*. Journal of Health Politics, Policy and Law, v. 25, n. 4, p. 717–741, ago. 2000.
- GIAIMO, Susan. *Who Pays for Health Care Reform?* In: PIERSON, P. (Ed.). *The New Politics of the Welfare State*. [s.l.] Oxford University Press, 2001. p. 334–367.
- GIAMBIAGI, Fábio; VILLELA, André Arruda (Eds.). *Reforma, endividamento externo e o “milagre” econômico (1964/1973)*. In: Economia brasileira contemporânea. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier/Campus, 2005.
- GIOVANELLA, Lígia. *Ideologia e poder no planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa*. Dissertação de mestrado – Rio de Janeiro, RJ: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 1989.
- _____. *As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina*. Cadernos de Saúde Pública, v. 7, n. 1, p. 26–44, 1991.
- _____. (Ed.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2ª ed. rev. e ampliada ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2012.
- GIOVANELLA, Lígia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. *Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica*. In: GIOVANELLA, L. et al. (Eds.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2ª ed. rev. e ampliada ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2012. p. 218–255.
- GIRON, Sueli Gandolfi. *O Sistema Nacional de Saúde na Organização Federativa Brasileira*. Dissertação de mestrado - São Paulo, SP: Universidade de São Paulo, 1978.

HALL, Peter. A.; TAYLOR, Rosemary C. R. *As três versões do neo-institucionalismo*. Lua Nova: Revista de Cultura e Política, n. 58, p. 193–223, 2003.

HAMILTON, Wanda; FONSECA, Cristina. *Política, 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. 791–825, dez. 2003.

Hésio Cordeiro - Base Arch. Disponível em: <http://basearch.coc.fiocruz.br/index.php/hesio-cordeiro>. Acesso em: 17 out. 2019.

HOCHMAN, Gilberto. *Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945)*. Educar em Revista, n. 25, p. 127–141, jun. 2005.

_____. *A Era do Saneamento: As bases da política de Saúde Pública no Brasil*. HUCITEC Editora, 2012.

_____. *Vigiar e, depois de 1964, punir: sobre Samuel Pessoa e o Departamento Vermelho da USP*. Ciência e Cultura, v. 66, n. 4, p. 26–31, dez. 2014.

HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina Maria Oliveira. *O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência (1937-45)*. In: PANDOLFI, D. (Ed.). *Repensando o Estado Novo*. [s.l.] FGV, 1999. p. 73–93.

IMMERGUT, Ellen. M. *Health politics: interests and institutions in Western Europe*. New York, NY, USA: Cambridge University Press, 1992.

_____. *As Regras do Jogo: A Lógica da Política de Saúde na França, na Suíça e na Suécia*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 11, n. 30, p. 139–165, fev. 1996.

_____. *The Theoretical Core of the New Institutionalism*. Politics & Society, v. 26, n. 1, p. 5–34, mar. 1998.

JARA, Jorge Jiménez de la. *Abraham Horwitz (1910-2000) Padre de la Salud Pública Panamericana*. Revista médica de Chile, v. 131, n. 8, ago. 2003.

JUNQUEIRA, Eduardo; CARDOSO, Elizabeth. *ARCOVERDE, Valdir*. CPDOC. [s.l.] FGV, [s.d.]. Disponível em: <http://www.fgv.br/Cpdoc/Acervo/dicionarios/verbete-biografico/valdir-mendes-arcoverde>. Acesso em: 4 jun. 2019.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. *Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, p. 2307–2316, ago. 2010.

LABRA, María Eliana. *As políticas de saúde no Chile: entre a razão e a força*. In: BUSS, P. M.; LABRA, M. E. (Eds.). *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 1995.

LAGOA, Rocha. CPDOC. [s.l.] FGV, [s.d.]. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/rocha-de-paula-rocha-lagoa>. Acesso em: 26 set. 2019.

LANZARA, Arnaldo Provasi. *Regimes de welfare, regulação social e as trajetórias das políticas de saúde no Chile e no Brasil*. Dissertação de mestrado - Rio de Janeiro, RJ: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ), 2006.

LATHEM, Willoughby; NEWBERRY, Anne. *Community Medicine: Teaching, Research and Health Care*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1970.

LEVCOVITZ, Eduardo. (Ed.). *Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000)*. 1ª ed. Brasília, DF: OPAS/OMS - Ministério da Saúde, Brasil, 2003.

LIMA, Nísia Trindade. *O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões*. In: FINKELMAN, J. (Ed.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2002. p. 24–116.

LÖWY, Ilana. *A febre amarela e a “saúde pública” norte-americana: a Fundação Rockefeller no Brasil, 1920*. In: *Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política*. Coleção História e saúde. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2006.

LUZ, Madel Therezinha. *As Instituições Médicas no Brasil*. 2ª. ed. Porto Alegre: Editora da Rede Unida, 2014.

MACARINI, José Pedro. *Governo Geisel: transição político-econômica? Um ensaio de revisão*. *Revista de Economia Contemporânea*, v. 15, n. 1, p. 30–61, abr. 2011.

MAGALHÃES, Rodrigo Cesar da Silva. *A erradicação do Aedes aegypti: febre amarela, Fred Soper e saúde pública nas Américas (1918-1968)*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2016.

MANTEGA, Guido. *O Governo Geisel, o II PND e os Economistas*. Relatório de pesquisa n.3, [s.l.] FGV, 1997.

MARINGONI, Gilberto. *A maior e mais ousada iniciativa do nacional-desenvolvimentismo*. *Desafios do desenvolvimento - IPEA*, n. 88, p. 42–56, 23 nov. 2016.

MARQUES, Eduardo César. *Notas críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos*. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais - BIB*, v. 43, p. 67–102, 1997.

MELLO, Guilherme Arantes. *Revisão do pensamento sanitário com foco no Centro de Saúde*. Tese de Doutorado, São Paulo, SP: Universidade de São Paulo, 2010.

MELO, Marcus André Barreto Campelo de. *A formação de políticas públicas e a Transição Democrática: o caso da política social*. DADOS - Revista de Ciências Sociais, v. 3, n. 33, p. 443–470, 1989.

MENDES, Eugênio Vilaça. V. *O Planejamento da Saúde no Brasil: origens, evolução, análise crítica e perspectivas*. OPAS, 1988.

MENDES, Eugênio Vilaça; BARRANCOS, Dora. *Memoria de Planificadores: otra historia de la planificación de salud en America Latina*. Washington, D. C.: Programa de Desarrollo de Políticas de Salud/Opas, 1992.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2007.

_____. *História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual*. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 21, n. 1, p. 77–92, mar. 2014.

MERCADANTE, Otávio. A. *Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil*. In: Caminhos da Saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2002. p. 235–248.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Galeria de Ministros*. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/galeria-de-ministros>. Acesso em: 18 out. 2019.

MOROSINI, Liseane. *Carlos Gentile de Mello: um precursor da Reforma Sanitária*. RADIS, v. 131, p. 29–31, ago. 2013.

MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. *Desenvolvimentismo e preventivismo nas raízes da Saúde Coletiva: reformas do ensino e criação de escolas médicas e departamentos de medicina preventiva no estado de São Paulo (1948-1967)*. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 22, n. 65, p. 337–348, abr. 2018.

MOURA, Erly Catarina de; GARCIA, Maria Alice Amorim. *Organizações dos serviços de saúde no Brasil: seu desenvolvimento sob o ângulo das políticas públicas setoriais*. Revista de Ciência Médicas, v. 3, n. 2, p. 37–42, 1994.

NIEDERLE, Paulo André; RADOMSKY, Guilherme Francisco Waterloo (Eds.). *Introdução às teorias do desenvolvimento*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2016.

NUNES, Everardo Duarte. *Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito*. Saúde e Sociedade, v. 3, n. 2, p. 5–21, dez. 1994.

_____. *Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, n. 3, p. 909–916, jun. 2008.

_____. *O pensamento social em saúde na América Latina: revisitando Juan César García*. Cadernos de Saúde Pública, v. 29, n. 9, p. 1752–1762, set. 2013.

NUNES, Everardo Duarte; GARCÍA, Juan César. *Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo, SP: Cortez Editora, 1989.

OSMO, Alan; SCHRAIBER, Lilia Blima. *O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição*. Saúde e Sociedade, v. 24, n. suppl 1, p. 205–218, jun. 2015.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; ROS, Da; AURÉLIO, Marco. *The Flexner report: for good and for bad*. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 32, n. 4, p. 492–499, dez. 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. *Comentário: o “Plano Nacional de Saúde” de 1967 e os “planos de saúde”, hoje: algo em comum?* Revista de Saúde Pública, v. 40, n. 3, p. 386–388, jun. 2006.

_____. *Reforma sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. s.l.: SciELO Books - Editora Fiocruz, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva *et al.* *O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*. Veja, v. 6736, n. 11, p. 60054–8, 2012.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. *Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?* Revista de Saúde Pública, v. 32, n. 4, p. 299–316, ago. 1998.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção. *Samuel Pessoa: uma trajetória científica no contexto do sanitário campanhista e desenvolvimentista no Brasil*. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 13, n. 4, p. 795–831, dez. 2006.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. *Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores*. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 21, n. 1, p. 15–36, mar. 2014.

PÉCORA, José Flávio. *O Sistema de Planejamento Federal*. Brasília, DF: Presidência da República Secretaria de Planejamento Coordenadoria de Comunicação Social, 1981.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes. *Análise de políticas públicas e neoinstitucionalismo histórico: ensaio exploratório sobre o campo e algumas reflexões*. In: Políticas de Participação e Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2014. p. 22.

PEREIRA, Ana Tereza da Silva. *Profissionais de Saúde numa Instituição de Estado: relato de uma experiência*. Dissertação de mestrado - Rio de Janeiro, RJ: IMS/UERJ, 1980.

PERISSINOTTO, Renato. *O conceito de estado desenvolvimentista e sua utilidade para os casos brasileiro e argentino*. Revista de Sociologia e Política, v. 22, n. 52, p. 59–75, dez. 2014.

PIRES-ALVES, Fernando Antônio; CUETO, Marcos. *A década de Alma-Ata: a crise do desenvolvimento e a saúde internacional*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 7, p. 2135–2144, jul. 2017.

PIRES-ALVES, Fernando Antônio; MAIO, Marcos Chor. *Health at the dawn of development: the thought of Abraham Horwitz*. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 22, n. 1, p. 69–93, mar. 2015.

PIRES-ALVES, Fernando Antônio; PAIVA, Carlos Henrique Assunção (Eds.). *Recursos críticos: história da cooperação técnica Opas-Brasil em recursos humanos para a saúde, 1975-1988*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2006.

POSSAS, Cristina de Albuquerque. *Saúde e Trabalho: a Crise da Previdência Social*. Rio de Janeiro, RJ: Edições Graal, 1981.

PRATO, Naiara Cardoso de Souza. *A 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963): antecedentes para um Sistema Nacional de Saúde Público e Descentralizado*. Dissertação de mestrado – Rio de Janeiro, RJ: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro: 2014.

PUCÚ, Arilda de São Sabbas; TEIXEIRA, Marta Cavalcanti. *Aspectos do setor de saúde – participação do enfermeiro*. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 32, n. 4, p. 375–384, 1979.

REIS, José Roberto Franco. *Viver é influenciar: Mário Magalhães, sanitarianismo desenvolvimentista e o campo intelectual da saúde pública (1940-1960)*. Tempo Social, v. 27, n. 2, p. 279–304, dez. 2015.

REZENDE, Fernando. *Planejamento no Brasil: auge, declínio e caminhos para a reconstrução*. CEPAL (escritório no Brasil), jun. 2009.

RIBEIRO, Alaggio. *A Aliança para o Progresso e as relações Brasil-EUA*. Tese de livre-docência - Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas, 2006.

RIBEIRO, Patrícia Tavares. *A instituição do campo científico da saúde coletiva no Brasil*. Dissertação de mestrado – Rio de Janeiro, RJ: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 1991.

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. *Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propostas*. Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ, 2012.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *A via do parlamento*. In: TEIXEIRA, S. M. F. (Ed.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo, SP: Lemos Editorial, 1997.

SANTANA, Priscila de. *Implementação do Direito à Saúde no Município do Rio de Janeiro: Conselho Municipal de Saúde e Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde*. Dissertação de mestrado - Rio de Janeiro, RJ: PUC, 2011.

SANTOS, Daniel Guimarães Elian dos. *Ciência, política e segurança nacional: o “Massacre de Manguinhos” (1964-1970)*. Dissertação de mestrado - Rio de Janeiro, RJ: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 2016.

SANTOS, Regina Celia Nunes dos. *A história do Projeto Montes Claros*. In: TEIXEIRA, S. M. F. (Ed.). *Projeto Montes Claros: a utopia revisitada*. Rio de Janeiro, RJ: ABRASCO, 1995.

SANTOS, Theotonio dos. *A teoria da dependência: balanço e perspectivas*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

SCHECHTMAN, Alfredo *et al.* *Evolução das políticas e do Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2002.

SCHRAIBER, Lilia Blima. *Educação médica e capitalismo: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista*. São Paulo, SP: HUCITEC, 1989.

SCLIAR, Moacyr. *História do conceito de saúde*. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 29–41, abr. 2007.

SEIXAS, Luís Siqueira. CPDOC/FGV. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/seixas-luis-siqueira>. Acesso em: 4 jun. 2019.

SILVA, Monika Weronika Dowbor da. *Da inflexão pré-constitucional ao SUS municipalizado*. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, n. 78, p. 158–222, 2009.

_____. *A arte da institucionalização: estratégias de mobilização dos sanitaristas (1974-2006)*. Tese de Doutorado - São Paulo: Universidade de São Paulo, 2012.

SILVA, Luiz Gonzaga do Nascimento e. *Luiz Gonzaga do Nascimento e Silva* (6a entrevista, fita 9, 1987). In: *Memória da Assistência Médica da Previdência Social no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz/COC, 2004a. p. 14.

_____. *Luiz Gonzaga do Nascimento e Silva* (8a entrevista, fita 13, 1987). In: *Memória da Assistência Médica da Previdência Social no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz/COC, 2004b. p. 18.

SILVA, Pedro Luiz Barros Silva; MELO, Marcus André Barreto de. *O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos*. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas-UNICAMP, v. Caderno 48, p. 14, 2000.

SKOCPOL, Theda. *Bringing the state back in: strategies of analysis in current research*. In: EVANS, P. B.; RUESCHEMEYER, D.; SKOCPOL, T. (Eds.). *Bringing the state back in*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.

SOUSA, Inara Bezerra Ferreira. *O jornal Movimento: a experiência na luta democrática*. Brasília: Universidade de Brasília - Instituto de Ciências Humanas Programa de Pós-Graduação em História, 2014.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. *Saúde pública ou saúde coletiva? Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná*, v. 15, n. 4, p. 7, 30 dez. 2014.

STEDILE, Nilva Lúcia Rech *et al.* *Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 10, p. 2957–2971, out. 2015.

STEINMO, Sven; THELEN, Kathleen; LONGSTRETH, Frank (Eds.). *Structuring politics: Historical institutionalism in comparative analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

STEPAN, Alfred. *Distensão: conflitos intramilitares e o corte da sociedade civil*. In: *Os militares: da abertura à nova república*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. p. 41–55.

STEPHANES, Reinhold. CPDOC. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Getúlio Vargas, 2019. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/stephanes-reinhold>. Acesso em: 20 mar. 2019.

TEIXEIRA, Luiz Antônio. *Comentário: Rodolfo Mascarenhas e a história da saúde pública em São Paulo*. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 1, p. 17–19, fev. 2006.

TEIXEIRA, Luiz Antônio; PAIVA, Carlos Henrique Assunção. *Saúde e reforma sanitária entre o autoritarismo e a democracia*. In: TEIXEIRA, L. A.; PIMENTA, T. S.; HOCHMAN, G. (Eds.). *História da saúde no Brasil. Saúde em debate*. São Paulo: Hucitec Editora, 2018.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury (Ed.). *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo, SP: Cortez Editor; Rio de Janeiro, RJ: ABRASCO, 1989.

_____. *Projeto Montes Claros: a utopia revisitada*. Rio de Janeiro, RJ: ABRASCO, 1995.

TOMACHESKI, João Alberto. *Condições sociais de surgimento e implementação de uma política pública: burocratas e médicos na formação das políticas de saúde no Brasil (1963-2004)*. Tese de livre-docência - Brasília: Universidade de Brasília, 2007.

VATER, Maria Cláudia. *A proposta política de saúde do governo Geisel*. Dissertação de mestrado - Rio de Janeiro, RJ: Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social, 1996.

VELOSO, Fernando A.; VILLELA, André; GIAMBIAGI, Fábio. *Determinantes do “milagre” econômico brasileiro (1968-1973): uma análise empírica*. Revista Brasileira de Economia, v. 62, n. 2, p. 221–246, jun. 2008.

VIZENTINI, Paulo Fagundes. *A Guerra Fria: o desafio socialista à ordem americana*. Porto Alegre: Leitura XXI, 2004.

WEIR, Margaret. *Ideas and the politics of bounded innovation*. In: STEINMO, S.; THELEN, K.; LONGSTRETH, F. (Eds.). *Structuring politics*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. p. 188–216.

WHO. Dr Marcolino Gomes Candau, Director-General. Disponível em: <https://www.who.int/dg/candau/candau/en/>. Acesso em: 30 set. 2019.

_____. Dr Halfdan T. Mahler, Director-General. Disponível em: <https://www.who.int/dg/mahler/mahler/en/>. Acesso em: 16 out. 2019.

Anexo I

Projeto de Decreto-Lei para criação do Sistema Nacional de Saúde Ministério da Saúde 1973

1.2. PROJETO DE DECRETO-LEI

Institui o Sistema Nacional de Saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o item I do art. 55, e tendo em vista o disposto no art. 8º, item XVII, alínea c, da Constituição, DECRETA:

- Art. 1º - Fica instituído o Sistema Nacional de Saúde, destinado a integrar e congregar sob a coordenação do Ministério da Saúde, em todo o Território Nacional, os órgãos e entidades do setor público e do setor privado, incumbidos de ações que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde da população, inclusive reabilitação.
- Art. 2º - Para efeito deste Decreto-lei consideram-se parte integrante do Sistema Nacional de Saúde ou a ele vinculado, o complexo de bens, agentes e serviços voltados para ações que de qualquer forma interessem à saúde.
- Art. 3º - O órgão central do Sistema Nacional de Saúde é o Ministério da Saúde, que terá as seguintes funções:
- I - estabelecer e executar Planos Nacionais de Saúde;
 - II - elaborar normas gerais de defesa e proteção da saúde;
 - III - formular e coordenar a Política Nacional de Saúde e promover a sua implementação;
 - IV - executar atividades médicas e paramédicas;
 - V - exercer ações preventivas em geral;
 - VI - manter vigilância sanitária nas fronteiras, portos e aeroportos;
 - VII - proceder ao controle de drogas, medicamentos e alimentos;
 - VIII - realizar pesquisas médicos-sanitárias;

- IX - executar programas especiais de proteção à saúde e de saneamento, em todo o Território Nacional, especialmente em áreas rurais, para o controle de endemias;
- X - definir as ações prioritárias de saúde dos programas regionais de desenvolvimento econômico e social e participar da execução dos mesmos;
- XI - fixar normas e padrões para organização e funcionamento dos serviços de saúde, inclusive de saneamento;
- XII - promover, em articulação com outros órgãos especializados, a melhoria das condições nutricionais da população, dos padrões sanitários das habitações, das condições de trabalho e da saúde escolar;
- XIII - estabelecer e manter serviços, administrativos e técnicos, necessários à obtenção de dados estatísticos essenciais, de qualidade e em quantidade adequadas para planificar, administrar e avaliar os programas de saúde nacionais, regionais e locais, e fortalecer o sistema de vigilância epidemiológica;
- XIV - participar, com outros órgãos e entidades especializados, dos programas de prevenção de acidentes e de reabilitação;
- XV - formular, coordenar, orientar e avaliar os programas e atividades de assistência médica e sanitária à comunidade, de modo a ficarem entrosados com as ações desempenhadas pelo Ministério da Saúde, as de outros órgãos federais, estaduais, municipais, do Distrito Federal, dos Territórios e das atividades do setor privado;
- XVI - manter vigilância sobre o exercício das profissões e ocupações técnicas e auxiliares, relacionadas diretamente com a saúde;
- XVII - promover e executar, em cooperação com outros organismos especializados, a formação, treinamento, aperfeiçoamento e especialização do pessoal técnico;

nico e auxiliar, necessário para o setor saúde;

XVIII- dar cumprimento às obrigações e exercer as facul
dades que estabeleçam os tratados, acordos e con
vênios internacionais em matéria de saúde;

XIX - exercer o controle sanitário das migrações assim
como das importações e exportações de bens rela-
cionados com a saúde;

XX - participar, em caráter supletivo, da assistência
às comunidades em situações de emergência ou de
calamidade pública, nas quais esteja exposta a
saúde da população;

XXI - elaborar normas jurídicas a serem aprovadas por
lei ou decreto, destinadas a estabelecer direi-
tos e obrigações de pessoas, a regular as condi-
ções e formas em que se realizam certas ativida-
des e fixar as exigências a que ficam submetidos
determinados bens, no interesse da saúde públi-
ca;

XXII - incumbir-se de outras ações julgadas indispensá-
veis pelo Governo Federal para a implementação
da Política Nacional de Saúde.

Art. 4º - Os Estados, o Distrito Federal e os Territórios organi-
zarão e administrarão os seus serviços de saúde sob a
forma de Sistemas, obedecendo às diretrizes da Política
Nacional de Saúde, de modo a integrarem o Sistema Nacio-
nal de Saúde.

Parágrafo único. A organização e administração dos ser-
viços municipais de saúde obedecerão
às diretrizes da Política Nacional de
Saúde, de forma a integrarem esses ser-
viços os sistemas estaduais de saúde
dos respectivos Estados e Territórios.

Art. 5º - A fim de dar cumprimento ao disposto no artigo anterior,
a União, através do Ministério da Saúde, proporcionará
apoio técnico, administrativo e financeiro às unidades
da Federação nos estritos limites das suas deficiências.

Art. 6º - Para o fiel desempenho das suas funções, o Governo Fede-

ral proporcionará os meios indispensáveis à instalação e capacitação das Unidades do Ministério da Saúde, que atuam como órgãos setoriais de Sistemas Nacionais ou como órgãos centrais dos Subsistemas Setoriais de Saúde, integrantes dos sistemas nacionais instituídos pelo Poder Executivo Federal.

- Art. 7º - Na elaboração de planos e programas de saúde em vista a definição e o estabelecimento de coordenação inter-setorial, para melhoria da produtividade, aproveitamento de recursos e meios disponíveis em âmbito nacional, regional e local, visando a uma feita compatibilização com os objetivos, metas e ações do plano Geral do Governo Federal, em harmonia com as diretrizes da Política Nacional de Saúde.
- Art. 8º - Entende-se por Política Nacional de Saúde, o conjunto de diretrizes e princípios formulados pelo Ministério da Saúde, com fundamento no art. 156, do Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, destinados a orientar a ação e decisão do Governo Federal no Setor Saúde.

Art. 9º - Constituem postulados básicos da Política Nacional de Saúde, a serem observados na institucionalização e implementação do Sistema Nacional de Saúde;

I - Na área de Recursos Humanos:

- a) formação e capacitação de pessoal de diferentes níveis e categorias para atender às necessidades do Setor, diagnosticadas pelo órgão central do Sistema;
- b) utilização de recursos humanos locais, de todos os níveis, na execução de programas em áreas prioritárias;
- c) criação, de acordo com as condições e necessidades locais, de novos tipos de pessoal de saúde e incremento dos existentes, de modo a permitir aumentar a cobertura dos serviços, principalmente nas zonas rurais;
- d) adequação curricular dos cursos de formação e pós-graduação às necessidades do setor;
- e) capacitação de pesquisadores em saúde, em linhas de

finalizadas de acordo com os problemas de saúde de maior prevalência no País.

II - Na área de Ciência e Tecnologia:

- a) incremento às pesquisas sobre as doenças de maior incidência e gravidade no País, visando a, principalmente, fomentar uma tecnologia nacional para o controle das que grassam com maior frequência;
- b) instalação de Centros de Referência, capacitados de modo a poderem atuar como órgãos centrais de sistemas nacionais de saúde, de sistemas setoriais e sub-sistemas nos seguintes campos: doenças transmissíveis, enfermidades cardiovasculares, crônicas e degenerativas, saneamento, saúde materno-infantil, saúde mental, alimentação e nutrição, reabilitação, recursos humanos, tecnologia educacional para a saúde, tecnologia audio-visual, controle de qualidade de medicamentos, engenharia de manutenção de hospitais, organização e administração de serviços de saúde, e outros cuja instalação venha a ser necessária.

III - Na área de Saneamento:

- a) execução de programas, elaboração de projetos, construção, operação e fiscalização de serviços públicos de água e esgotos;
- b) controle de qualidade da água distribuída à população;
- c) participação nos programas de controle da poluição ambiental;
- d) melhoria de estrutura física e das condições sanitárias das habitações, visando ao controle de endemias;
- e) entrosagem dos órgãos federais, estaduais, municipais, do Distrito Federal e dos Territórios, colimando a realização de programas de saneamento essenciais à proteção da saúde, especialmente nas áreas rurais.

IV - Na área da Alimentação e Nutrição:

- a) definição de uma política nacional de alimentação e nutrição, inter-setorial, integrada ao Plano Nacional de Desenvolvimento;
- b) cumprimento do Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, com aproveitamento da estrutura dos serviços que integram o Sistema Nacional de Saúde;
- c) aprimoramento do controle sanitário da qualidade e higiene dos alimentos, através dos órgãos especializados, federais ou estaduais que integram o Sistema Nacional de Saúde, de modo a reduzir as enfermidades humanas e as perdas ocasionadas pela contaminação dos produtos alimentícios, mediante a adoção de medidas legais e regulamentares que assegurem a proteção da saúde e favoreçam o comércio com outros países;
- d) redução da prevalência de doenças carenciais e melhoria do estado nutricional da população.

V - Na área de Produtos Profiláticos e Terapêuticos:

- a) atendimento prioritário das regiões de mais baixo nível de desenvolvimento econômico e social e às populações de menor poder aquisitivo de qualquer área;
- b) incentivo às pesquisas e às iniciativas que visem a produção, no País, de produtos profiláticos e terapêuticos com matéria-prima e tecnologia nacionais;
- c) produção, pelos laboratórios oficiais, de medicamentos padronizados de acordo com as necessidades nacionais;
- d) controle da qualidade das drogas e medicamentos produzidos no País ou importados;

VI - Na área de Prestação de Serviços de Saúde:

- a) organização e integração, sob a forma de Sistema, do complexo de bens, serviços e agentes, dos setores público e privado, que de qualquer forma se empenhem na execução de atividades voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde da população;

- b) obediência, pelos Estados, Distrito Federal e Territórios, na implementação dos seus sistemas de saúde, às diretrizes da Política Nacional de Saúde, e a orientação normativa ditada pelo órgão central do Sistema Nacional de Saúde, objetivando obter-se maior produtividade, economia nos gastos, maior harmonia e coerência nas decisões, evitando a dispersão de esforços e a repetição de ações;
- c) regionalização, visando a adequação dos serviços às peculiaridades e necessidades locais;
- d) hierarquização das necessidades, levando em consideração as áreas, a concentração e densidade populacionais;
- e) aproveitamento racional da capacidade instalada em cada área, através de medidas a serem adotadas pelo Poder Público competente;
- f) integração dos programas preventivos, curativos e de reabilitação;
- g) extensão dos serviços de assistência Médico-Sanitária ao interior do País, para maior cobertura da população, utilizando pessoal técnico e auxiliar, sob supervisão adequada;
- h) adoção dos princípios de descentralização e delegação de competência aos Estados e Municípios, para a execução de programas ou serviços federais, de caráter nitidamente local, mediante convênio, ressalvados os casos de manifesta impraticabilidade e inconveniência;
- i) criação de incentivos governamentais à construção, instalação e equipamento de hospitais, casas de saúde e ambulatorios, de finalidade não lucrativa, condicionando-se os auxílios e subvenções destinados à manutenção dos mesmos, ao desempenho técnico e administrativo, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde e dos atos destinados à sua implementação;
- j) auxílio aos serviços já instalados que se dediquem à promoção, proteção e recuperação da saúde e reabi-

litação de pessoas de baixo nível de renda, que preencham os requisitos fixados pelo Órgão Central do Sistema Nacional de Saúde.

Art. 10 - Todos os habitantes do território nacional têm o dever de preservação da saúde e o direito aos respectivos serviços de prevenção, proteção e recuperação da saúde, inclusive os de reabilitação.

Parágrafo único. A prestação de serviços a que se refere este artigo será realizada na forma e nos limites estabelecidos em Lei:

- I - às expensas do Estado, gratuitamente, àqueles comprovadamente carentes de recursos;
- II - mediante as contribuições fixadas por Lei, aos beneficiários de sistemas de previdência social;
- III - mediante os pagamentos que forem estabelecidos para esse fim, àqueles que possuam recursos suficientes.

Art. 11 - Fica criado o Instituto Nacional de Assistência Médica, entidade autárquica, vinculada ao Ministério da Saúde, destinado à prestação de serviços de saúde, na forma a ser estabelecida nos seus atos de constituição, aprovados pelo Poder Executivo Federal.

Art. 12 - Ficam transferidos, a partir de 1º de janeiro de 1974, para a entidade criada no artigo anterior, todos os órgãos de nível central, regional e local, unidades técnicas e administrativas, bem como hospitais, ambulatórios e postos do Instituto Nacional de Previdência Social, incumbidos da direção, coordenação, supervisão e execução de serviços de assistência médica, hospitalar, odontológica e farmacêutica.

§ 1º A fim de ampliar o atendimento dos usuários e fortalecer o Sistema Nacional de Saúde, outros órgãos ou entidades sob a administração ou supervisão do Ministério do Trabalho e Previdência Social, incumbidos de serviços de assistência médica, serão integrados ou vinculados ao Ministério da Saúde, por ato do Poder Executivo Federal, mediante proposta do Ministro de Estado da Saúde.

- § 2º Enquanto não se processar a integração ou vinculação das entidades a que se refere o parágrafo anterior, não serão efetuados pagamentos de auxílios, subvenções e quaisquer contribuições do Governo Federal, sem aprovação prévia, pelo Ministério da Saúde, dos programas de trabalho das mesas e dos respectivos planos de aplicação.
- Art. 13 - São igualmente transferidos do Instituto Nacional da Previdência Social, para o Instituto Nacional de Assistência Médica, respeitado o regime jurídico a que estejam submetidos, direitos e vantagens, todos os servidores que, na data da publicação deste decreto-lei, se encontrem lotados ou em exercício nos órgãos mencionados no artigo 12, bem como os respectivos cargos, funções e empregos.
- Art. 14 - Os bens imóveis, móveis e semoventes sob a guarda e conservação do Ministério do Trabalho e Previdência Social, integrantes do patrimônio da União ou do Instituto Nacional de Previdência Social, utilizados nos serviços a que se refere o art. 12, passam, para todos os efeitos, ao patrimônio do Instituto Nacional de Assistência Médica.
- Art. 15 - Serão constituídas por ato do Ministro de Estado da Saúde, comissões compostas por servidores do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e Previdência Social, com a finalidade de proceder ao relacionamento dos servidores e inventário dos bens, de que tratam os artigos 13 e 14, bem como identificar a situação orçamentária e financeira dos órgãos transferidos, a que se refere o art. 12.
- Art. 16 - O Ministério da Saúde poderá manter, rescindir ou suspender, mediante aviso prévio, qualquer ajuste, acordo, contrato ou convênio, celebrado pelo Instituto Nacional de Previdência Social, com pessoas físicas ou jurídicas, incumbidas da prestação de serviços médicos e hospitalares, atendidos o interesse público e a conveniência administrativa, sem que assista à outra parte direito a indenização, salvo os casos decorrentes de relação empregatícia.
- Art. 17 - A partir da data da publicação deste Decreto-lei não serão firmados novos ajustes, contratos ou convênios pelo

Instituto Nacional de Previdência Social, para a prestação de serviços de assistência médica, hospitalar, farmacêutica ou odontológica, ressalvada a hipótese de prorrogação daqueles expirados até 31 de dezembro de 1973, pelo prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, julgados indispensáveis ao atendimento dos beneficiários.

Art. 18 - Fica o Poder Executivo autorizado a transferir ao Ministério da Saúde o saldo das dotações orçamentárias e dos recursos extra-orçamentários, ainda não comprometidos, bem como as verbas previstas para os exercícios subsequentes, destinados aos órgãos, unidades e serviços indicados no art. 12.

Art. 19 - Caberá ao Instituto Nacional de Previdência Social a liquidação e pagamento dos débitos por ele contraídos até 31 de dezembro de 1973, e a arrecadação dos créditos havidos até essa data.

Art. 20 - As contribuições devidas ao Instituto Nacional de Previdência Social de que trata a Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, com a nova redação que lhe foi dada pela Lei nº 5.980, de 8 de junho de 1973, destinadas ao custeio da Previdência Social, ficam reduzidas a 6% (seis por cento) as dos segurados em geral, a 6% (seis por cento) as das empresas, e a 10% (dez por cento) as dos trabalhadores autônomos, segurados facultativos e segurados desempregados.

§ 1º As diferenças entre os valores das contribuições, fixados neste artigo e na legislação por ele mencionada, serão devidas ao Instituto Nacional de Assistência Médica, e destinar-se-ão ao custeio do Sistema Nacional de Saúde.

§ 2º Para os fins de que trata o art. 22 da Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, com a nova redação que lhe foi dada pela Lei nº 5.890 de 8 de junho de 1973, considera-se prestada pela Previdência Social a assistência médica, hospitalar, farmacêutica e odontológica assegurada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica.

Art. 21 - Constituirão fontes de receita para o custeio dos serviços de saúde integrantes do Sistema Nacional de Saúde:

- I - recursos orçamentários que lhes forem consignados, nominalmente, ou sob outras rubricas especiais, no Orçamento Geral da União, no orçamento dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, inclusive aqueles provenientes de transferências correntes, destinados a entidades sujeitas à supervisão ministerial;
- II - 4% (quatro por cento) sobre o total das remunerações dos segurados em geral, sendo 2% (dois por cento) a cargo do empregador e 2% (dois por cento) a cargo dos empregados;
- III - 6% (seis por cento) do total do salário-base, sobre o qual estiverem contribuindo, dos trabalhadores autônomos, dos segurados facultativos e dos segurados desempregados;
- IV - 5% (cinco por cento) do valor dos respectivos benefícios dos aposentados;
- V - a parte destinada ao Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural da contribuição a que se refere o item II do art. 15 da Lei Complementar nº 11, de 25 de maio de 1971;
- VI - 10% (dez por cento) das cotas do Fundo de Participação dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios, observadas as diretrizes da Política Nacional de Saúde;
- VII - 10% (dez por cento) das cotas do Fundo de Participação dos Municípios, observadas as diretrizes da Política Nacional de Saúde;
- VIII - 2,5% (dois e meio por cento) sobre o preço do plano de bilhetes da Loteria Federal, vendidos pela Caixa Econômica Federal, de que trata o Decreto-lei nº 1.125, de 17 de setembro de 1970, a partir de 1º de janeiro de 1975;
- IX - pelo resultado líquido das operações realizadas com os recursos do Fundo de Participação instituído pela Lei Complementar nº 7, de 7 de setembro de 1970, destinado à cobertura de grandes ris

cos de saúde, através do Seguro em Grupo Obrigatório, a ser instituído, com finalidade médico-social, para os empregados beneficiados pelo Programa de Integração Social (PIS).

- X - pela parcela autorizada aos beneficiários do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço para atender a necessidades graves e prementes, pessoal ou familiar, nos casos de doença, envolvendo grandes riscos para a saúde, na forma das instruções que vierem a ser baixadas pelo Banco Nacional de Habitação, de comum acordo com o Ministério da Saúde;
- XI - 10% (dez por cento) sobre as tarifas de água e esgoto, arrecadadas sob a denominação genérica de "cota de previdência", para viabilização de um programa de saneamento, inclusive melhoria habitacional nas áreas rurais, visando o controle de endemias;
- XII - recursos obtidos pelo Fundo Nacional de Saúde, inclusive através de operações de crédito previstas no item V do art. 2º do Decreto nº 64.867, de 24 de junho de 1969;
- XIII - recursos provenientes de empréstimos externos, contribuições de organismos nacionais, estrangeiros ou internacionais;
- XIV - ingressos que se obtenham por serviços prestados conforme autorização legal;
- XV - ingressos que se obtenham por sanções pecuniárias ou que sejam impostas de acordo com as faculdades concedidas por lei, juros moratórios e correção monetária em virtude da falta de recolhimento na época própria de contribuições fixadas nesta lei;
- XVI - contribuições definidas em programas, projetos, atividades de natureza econômica e de desenvolvimento;
- XVII - juros de todos os depósitos destinados ao Fundo do Sistema Nacional de Saúde;

- XVIII- recursos da União, em quantia igual às despesas com o pagamento do pessoal transferido na forma do art. 13 e às despesas de administração, bem como para cobrir as insuficiências financeiras verificadas como determina o item IV do artigo 69 da Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, com a nova redação que lhe foi dada pela Lei nº 5890, de 8 de junho de 1973, e discriminação nos itens 1, 2 e 3 das alíneas "a" e "b" do art. 220 do Decreto nº 72.771, de 6 de setembro de 1973;
- XIX - juros dos depósitos de seguros complementares para a saúde que venham a ser autorizados;
- XX - outros recursos atualmente empregados em atividades de saúde que lhe venham a ser destinados por ato do Poder Executivo ou Legislativo;
- XXI - outras fontes que a Previdência Social utilize em Despesas de Custeio e de Capital para assistência médica;
- XXII - outros recursos que lhe sejam destinados a qualquer título, inclusive doações e legados.
- Art. 22 - O Poder Público promoverá medidas a fim de que os fatores que constituem causas básicas ou associadas de certas enfermidades proporcionem fontes de receita que contribuam para ações de prevenção e de recuperação da saúde dos indivíduos atingidos.
- Art. 23 - Fica o Poder Executivo Federal autorizado a conceder isenções e incentivos fiscais, abatimentos ou deduções sobre a renda de pessoas físicas ou jurídicas, bem como a criar novas fontes de financiamento para viabilizar a execução de projetos de construção e operação de centros de saúde e hospitais, aquisição de equipamentos e materiais que forem julgados prioritários pelo Ministério da Saúde para implementação dos programas elaborados em consonância com a Política Nacional de Saúde.
- Art. 24 - A arrecadação e o recolhimento das contribuições de que tratam os itens II, III e IV, do art. 21, devidas ao Instituto Nacional de Assistência Médica, na forma do § 1º do art. 20, serão realizados com observância das seguintes normas:

- I - ao empregador caberá, obrigatoriamente, arrecadar as contribuições dos respectivos empregados, descontando-as de sua remuneração;
- II - ao empregador caberá recolher ao Instituto Nacional de Assistência Médica, até o último dia do mês subsequente ao que se referir o produto arrecadado de acordo com o item I, juntamente com a contribuição a que se refere o item II do art. 21;
- III - ao trabalhador autônomo, ao segurado facultativo e ao segurado desempregado, caberá recolher diretamente ao Instituto Nacional de Assistência Médica, no prazo previsto no item II, o valor da contribuição fixada no item III do art. 21, calculada sobre salário de contribuição respectivo.

Art. 25 - Fica criado o Fundo do Sistema Nacional de Saúde, cabendo a sua gestão ao Ministério da Saúde.

Art. 26 - Os recursos de que trata o art. 21 e seus itens I a V, VIII a XII, XIV a XXII, serão depositados na rede bancária, creditados ao Fundo Especial denominado "Fundo do Sistema Nacional de Saúde", instituído pelo artigo anterior.

Parágrafo único. Conforme se dispuser em regulamento, os recursos de que trata este artigo poderão ser transferidos a outro organismo oficial de crédito, ou de finalidade semelhante, a fim de possibilitar rentabilidade, mediante a captação de juros e correção monetária.

Art. 27 - A fiscalização do recolhimento das contribuições de que tratam os itens II, III e IV do art. 21, e a cobrança judicial dos débitos continuará a cargo do Instituto Nacional de Previdência Social, na forma da legislação vigente.

Art. 28 - As Coordenações Regionais e Representações Estaduais, subordinadas à Secretaria Geral do Ministério da Saúde, constituirão as unidades descentralizadas do Órgão Central do Sistema Nacional de Saúde.

Art. 29 - Para o bom desempenho da missão coordenadora, as Coordenações dotadas de autonomia administrativa, financeira e operacional, se articularão e conjugarão esforços com as Secretarias de Saúde e com os demais órgãos ou entidades, oficiais e particulares, que atuem na região.

Art. 30 - Ressalvados os casos de manifesta impraticabilidade ou inconveniência, a execução de programas federais, de caráter nitidamente local, poderá ser delegada, no todo ou em parte, aos órgãos estaduais e municipais incumbidos dos serviços correspondentes.

§ 1º A descentralização de que trata este artigo, dependerá das condições de aparelhamento das unidades federadas e será efetivada mediante convênio.

§ 2º Respeitados os princípios da ética médica e atendidos os ditames do interesse público e da conveniência administrativa, poderão ser confiados à execução indireta de pessoas físicas ou jurídicas de direito privado, de comprovada idoneidade técnica e financeira, mediante contrato, tarefas de assistência médica, hospitalar e ambulatorial.

§ 3º Os órgãos federais responsáveis pelos programas, conservarão a autoridade normativa e exercerão o controle e fiscalização indispensáveis de modo a garantir a eficiência dos serviços prestados.

§ 4º Na hipótese do § 2º, as pessoas físicas ou jurídicas ficarão sempre sujeitas a autorização, controle e supervisão do órgão de saúde competente.

§ 5º A autorização a que se refere o parágrafo anterior, poderá ser revogada, discricionariamente, no interesse público.

Art. 31 - O Ministério da Saúde disciplinará a aplicação dos recursos destinados pelo Governo Federal às entidades incumbidas de prestação de serviços de saúde, para a execução de programas prioritários, elaborados em harmonia com as diretrizes da Política Nacional de Saúde, visando a alcançar os objetivos mencionados na letra "b", item VI, do art. 9º.

Art. 32 - O Poder Executivo promoverá as medidas necessárias à mo

ernização, organização e funcionamento dos órgãos ou entidades integrantes da estrutura do Ministério da Saúde ou vinculados, de forma a capacitá-lo para o exercício pleno de suas funções setoriais e de órgão central no Sistema Nacional de Saúde.

Parágrafo único. Os órgãos e entidades a que se refere este artigo serão dotados de autonomia administrativa, financeira e operacional, no grau suficiente ao exercício de suas funções.

Art. 33 - Até que sejam baixados o Regulamento e o Regimento Interno do Instituto Nacional de Assistência Médica, poderá ser aprovada por ato do Ministro de Estado da Saúde, em caráter provisório, uma estrutura básica que permita a implantação da entidade e o seu funcionamento imediato.

Art. 34 - Fica criado o Quadro Permanente do Instituto Nacional de Assistência Médica e nele incluído o cargo em comissão de Presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica, código DAS - 101.3.

Art. 35 - As iniciativas no campo da saúde, com implicações de natureza regional ou nacional, ou que contêm com a participação de organismos internacionais, dependerão de autorização prévia do Ministério da Saúde, a quem cabe o patrocínio e a decisão sobre a conveniência e a oportunidade das mesmas.

Art. 36 - É vedada a realização de iniciativas e campanhas visando a captação de recursos financeiros, inclusive fundos populares destinadas a atividades de saúde, sem prévia e expressa autorização do Poder Público competente.

§ 1º A autorização a que se refere este artigo somente será concedida mediante a satisfação das condições fixadas pelo Ministério da Saúde, em articulação com o Ministério da Fazenda.

§ 2º O disposto neste artigo se aplica aos recursos obtidos através de campanhas populares lançadas anteriormente à data da vigência deste Decreto-lei, devendo as entidades responsáveis requerer autorização, demonstrando, objetivamente, os re-

ursos arrecadados e a sua forma de aplicação.

§ 3º Caso seja delegada a autorização a que refere o artigo anterior, serão bloqueadas as contas respectivas, e após liquidados os compromissos assumidos, os saldos reverterão para o Fundo mencionado no art. 25.

Art. 37 - As disposições deste Decreto-lei são de interesse público e social, e de segurança nacional.

Art. 38 - Este Decreto-lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 39 - Revogam-se as disposições em contrário.

BRASÍLIA, de
dência e 85º da República.

de 1973; 152º da Independença

IMPRESSO NA
SEÇÃO DE ARTES GRÁFICAS DA
FESP

Anexo II



FUNDAÇÃO ENSINO ESPECIALIZADO DE SAÚDE PÚBLICA

(vinculada ao Ministério da Saúde)

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS Nº

Em:

Excelentíssimo Senhor Presidente da República:

Tenho a honra de submeter à elevada consideração de Vossa Excelência o anexo anteprojeto da Lei, proposta com o objetivo de substituir a de nº 2.312 de 3 de setembro de 1954, que estabeleceu "Normas Gerais sobre a Defesa e Proteção da Saúde".

A atualização da Lei 2.312 é imperativa, em face dos preceitos da Constituição Federal, promulgada em 17 de outubro de 1969 e das diretrizes contidas no Decreto Lei 200/67, que dispõe sobre a Organização da Administração Federal.

Esses dispositivos legais são consentâneos com a linha de doutrina, hoje defendida pelos técnicos da saúde, e que se consubstancia nos seguintes postulados:

- 1) ser o estado de saúde a resultante da ação de fatores causais intervenientes no relacionamento do homem com o meio físico, biológico e social;
- 2) serem êstes fatores, somáticos, psíquicos e ambientais, próprios do homem e do seu eco-sistema, partes de um sistema, o qual deve ser ajustado às necessidades da saúde, mediante ações também organizadas sob forma sistêmica;
- 3) ser alcançado maior incremento do nível de saúde de co letividades humanas, quando as organizações de saúde realizam seus esforços dentro de sistema que possa:
 - a) - reunir e organizar a produção das ações que se concentram sobre o indivíduo e sobre o meio; b) - identi-



ficar os padrões e elaborar as normas que devem reger o sistema; c) - promover as pesquisas com que o setor saúde se provê de tecnologia e, d) - adequar o pessoal de que necessita para a produção de suas atividades e alcance de suas metas;

- 4) ser a conjuntura, quanto à saúde, indicativa de escassez relativa de recursos, para satisfazer necessidades crescentes, impostas pelo acelerado crescimento populacional e pelas mudanças produzidas pelo desenvolvimento econômico e social;
- 5) caber ao Estado decidir sobre a oportunidade de indicar o ajustamento da estrutura produtora de atividades de saúde, de modo a adequá-la aos reclamos da sociedade.

Tornam-se cada vez mais evidentes as falhas da estrutura de serviços de saúde do País. A análise do setor saúde revela a existência de instituições dispersas, devido, principalmente, à deficiência de coordenação. Concorre ao inadequado e incompleto aproveitamento dos recursos disponíveis e é a razão por que, freqüentemente, em uma mesma área, encontram-se instituições de saúde com capacidade instalada, para a produção de atividades similares, muito superior à demanda. O resultado do excesso de oferta é a utilização ociosa dos recursos. Estas instituições, assim ocupadas, deixam de desenvolver outras atividades prioritárias, acarretando prejuízo à saúde da população e à economia como um todo.

No bojo do anteprojeto, que é submetido ao elevado critério e descortínio de Vossa Excelência, estabelecem-se as bases para a concretização dos vínculos de coordenação que devem existir entre as instituições de saúde, de modo a integrá-las em sistema nacional. Cumpre ressaltar, ainda, que a proposição contém, em sua textura, os elementos indicados para que o sistema se mantenha sempre atualizado e eficiente, graças a mecanismos de auto-correção e ajustamento.

Aproveito o ensejo para apresentar a Vossa Excelência, os protestos da mais elevada estima e distinta consideração.



FUNDAÇÃO ENSINO ESPECIALIZADO DE SAÚDE PÚBLICA
(vinculada ao Ministério da Saúde)

LEI Nº

DE

Fixa as diretrizes nacionais de saúde e estabelece as bases do sistema de sua proteção e recuperação em todo o País, e dá outras providências

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA:

FAÇO SABER QUE O CONGRESSO NACIONAL DECRETA E EU SANCIONO A SEGUINTE LEI:

Art. 19 - Todas as atividades setoriais de saúde desenvolvidas no território nacional e que visam ao indivíduo, à coletividade e ao meio, devem obedecer as diretrizes estabelecidas na presente Lei.

DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

Art. 29 - O Ministério da Saúde é o órgão federal responsável pelo processo de planejamento setorial de saúde e, conseqüentemente, pela formulação da Política Nacional de Saúde.

§ 19 - As proposições dos planos nacionais de saúde elaborados pelo Ministério da Saúde são de alcance nacional.

§ 29 - O Instituto Nacional de Previdência Social participará, ativamente, de todo o processo de planejamento nacional de saúde.

Art. 39 - Em obediência aos preceitos constitucionais compete, ainda, ao Ministério da Saúde:



- a) promover a integração, mediante coordenação, de todas as instituições públicas e privadas - federais, estaduais e municipais, de administração direta ou indireta que, no território nacional, são produtoras de bens e serviços de saúde;
- b) definir e delimitar competências e delegar responsabilidades às instituições de saúde integrantes do sistema;
- c) promover acordos com out os países, ou com instituições internacionais de saúde, em programas que demandem cooperação internacional;
- d) executar atividades médicas e para-médicas, quando inexistirem condições para a delegação;
- e) realizar a vigilância sanitária de fronteiras e portos marítimos, fluviais e aéreas e o controle da saúde dos estrangeiros que pretendam ingressar no País;
- f) estabelecer os padrões e normas gerais que devem ser observados na proteção e recuperação da saúde e na educação do povo, quanto à defesa de sua saúde;
- g) articular o sistema de controle de todos os produtos de interesse da saúde pública e do exercício das profissões da área da saúde;
- h) desenvolver pesquisas bio-médicas e médico-sanitárias;
- i) preparar e aperfeiçoar, supletivamente, o pessoal de nível profissional e de nível técnico, necessário para prover os serviços de saúde;



- j) elaborar e fabricar produtos biológicos, profiláticos e medicamentosos.

Parágrafo Único: A coordenação dos serviços de saúde objetiva o aproveitamento ótimo dos recursos disponíveis, o aumento de sua eficiência e produtividade, não implicando em modificações da razão social das empresas de saúde.

art. 6º?

estimulando - e, sempre que possível, a iniciativa privada.

TÍTULO I

DO SISTEMA NACIONAL DE PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE

Órgãos do Sistema

Art. 49 - São órgãos-base do sistema nacional de saúde:

- I - o órgão central do sistema - o Ministério da Saúde, com funções de planejamento, de coordenação, de supervisão, de controle e de execução, de âmbito nacional;
- II - os órgãos situados nos Estados, nos Territórios e no Distrito Federal - integrados em subsistemas de saúde que têm as Secretarias de Saúde como centro - com funções e atividades desenvolvidas no âmbito das respectivas jurisdições;
- III - os órgãos regionais de saúde, núcleos de subsistemas regionais, com funções delegadas de alcance regional;
- IV - os órgãos locais escolhidos para centro de micro-sistemas de saúde, sem prejuízo de suas atividades executivas, de âmbito local.



Art. 59 - Os órgãos de assistência médica do Instituto Nacional de Previdência Social associar-se-ão ao sistema nacional de saúde, em todos os seus níveis, podendo assumir as responsabilidades de órgãos centrais de subsistemas regionais e/ou locais.

Art. 60 - Todas as instituições públicas ou privadas do País, que se destinam a produzir atividades de saúde, ficam vinculadas ao sistema nacional de saúde.

Art. 70 - Deven ser criados mecanismos e instrumentos para a coordenação de atividades, em todos os níveis do sistema nacional de saúde.

Parágrafo Único - As múltiplas e complexas atividades coordenativas dos órgãos próprios do Ministério da Saúde e dos demais órgãos-base do sistema nacional de saúde serão definidas pelo Poder Executivo.

Art. 80 - No interesse da articulação de um sistema nacional de proteção e recuperação da saúde consistente, harmonioso e dinâmico, em função do qual serão estabelecidos vínculos formais entre as diferentes instituições nacionais, é forçoso o estreito e permanente entrosamento dos Secretários de Saúde das unidades federativas com o Ministério da Saúde.

Art. 90 - Incumbe às Delegacias Federais de Saúde as atividades coordenativas que, a nível regional ou estadual, lhes sejam delegadas, assim como a execução de todas as atividades técnicas e administrativas que forem de interesse do Ministério da Saúde.

Art. 10 - Todos os programas federais de saúde serão desenvolvidos a nível local com a participação técnica e financeira dos subsistemas estaduais e municipais de saúde.

Art. 11 - Em caso de calamidade pública, o organismo coordenador lo-



cal ou regional, poderá determinar a reformulação dos programas de atividades de qualquer estabelecimento de saúde da área.

Parágrafo Único: Decorridos trinta dias após a decretação de estado de calamidade pública, a excepcionalidade somente continuará vigendo com o consentimento da coordenação estadual e da coordenação nacional.

Art. 12 - Em benefício do sistema nacional de saúde, o Ministério da Saúde poderá estabelecer medidas que determinem a reformulação institucional do setor e a correção das distorções que forem observadas no sistema.

Do Financiamento

Art. 13 - Do financiamento das atividades médico-sanitárias desenvolvidas pelo sistema nacional de saúde, a nível local, participarão:

- a) os municípios, os quais consignarão à saúde 10% de seu Orçamento Anual e no qual já estão incluídos os recursos provenientes do Fundo de Participação dos Municípios na Receita;
- b) os recursos provenientes do Fundo Rural, quando os programas abrangem a população rural;
- c) os Estados, que consignarão à saúde, recursos não inferiores a 5% de seus Orçamentos;
- d) o Ministério da Saúde, com suas disponibilidades financeiras;
- e) o Instituto Nacional da Previdência Social, com os recursos orçamentários destinados à assistência médica.



TÍTULO II

DO SISTEMA DE PESQUISAS APLICADAS À SAÚDE

Art. 14 - A Fundação Instituto Oswaldo Cruz é o órgão federal competente para, na área da saúde, promover pesquisas, desenvolvendo atividades executivas, normativas e coordenadoras.

Art. 15 - As pesquisas científicas promovidas na Fundação Instituto Oswaldo Cruz têm por objetivo:

- a) o estudo experimental, biológico, clínico e patológico, das entidades nosológicas que acometem a população;
- b) a experimentação de drogas, medicamentos, tóxicos e outras substâncias que possam afetar a saúde;
- c) o desenvolvimento de tecnologia que concorra à produção de ações de saúde mais eficientes.

Art. 16 - A Fundação Instituto Oswaldo Cruz e as demais instituições que realizem pesquisas no campo da biologia, da medicina experimental e da patologia, devem estabelecer os mecanismos pelos quais articularão suas atividades.

Parágrafo único: A Fundação Instituto Oswaldo Cruz organizará e manterá atualizado um sistema de registro que contenha informações referenciais sobre as investigações realizadas no campo das ciências bio-médico-sanitárias por instituições da área de saúde ou da área universitária.

Art. 17 - A Fundação Instituto Oswaldo Cruz contará para suas pesquisas com o apoio técnico e financeiro do Conselho Nacional de Pesquisas.



TÍTULO III

DOS RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE

Art. 18 - Fica instituído na Fundação Instituto Oswaldo Cruz um setor que terá por finalidade identificar a estrutura da mão-de-obra, em sua quantidade e qualidade, necessária ao desenvolvimento das ações de saúde no País.

Art. 19 - A unidade de estudos e pesquisas sobre mão-de-obra manterá programas integrados com o Centro Nacional de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento e Coordenação Geral.

Art. 20 - Em caráter supletivo e complementar, a Fundação Instituto Oswaldo Cruz preparará pesquisadores e os demais profissionais e técnicos de saúde.

Parágrafo Único: Outras instituições podem, no País, contribuir para a preparação de profissionais e técnicos de saúde pública e de pesquisa, nos moldes estabelecidos pelo Poder Executivo.

Art. 21 - Os estabelecimentos que integram o sistema nacional de saúde estarão disponíveis, e poderão ser utilizados, para o ensino das ciências bio-médicas, mediante acordo com as instituições universitárias.

Art. 22 - Fica autorizada a abertura de Conta Especial na Unidade de Ensino da Fundação Instituto Oswaldo Cruz, destinada a custear bolsas de estudo para profissionais que pretendam aperfeiçoar-se em assuntos relacionados com a saúde pública.

Parágrafo Único: Serão creditadas nessa conta as doações feitas àquela Unidade e as retribuições monetárias provenientes da venda de serviços.



TÍTULO IV

DAS NORMAS NACIONAIS E DA FISCALIZAÇÃO

Art. 23 - O Ministério da Saúde é o órgão federal competente para a identificação dos padrões e o estabelecimento das normas que regem o sistema nacional de proteção e recuperação da saúde.

Art. 24 - Serão objeto de Portaria Ministerial as Normas Técnicas nacionais relativas:

- a) à organização de serviços de saúde;
- b) ao combate às doenças transmissíveis agudas e às endemias;
- c) à nutrição humana;
- d) à proteção materno-infantil e da adolescência;
- e) à prevenção e tratamento das doenças mentais;
- f) ao combate às doenças crônicas e às degenerativas;
- g) à educação do povo em assuntos de saúde.

Art. 25 - Serão objeto de Decreto as Normas Técnicas nacionais pertinentes:

- a) Saúde Internacional;
- b) à higiene dos alimentos;
- c) ao controle de substâncias terapêuticas (químio-farmacêuticas e biológicas), de saneantes, de perfumes, de cosméticos e congêneres;
- d) ao controle de tóxicos;
- e) ao exercício de profissões da área da saúde;



- f) à instalação de estabelecimentos e equipamentos cujo funcionamento possa acarretar dano à saúde;
- g) ao saneamento do meio e ao combate à poluição ambiental.

Art. 26 - Os currículos das escolas primárias e dos ciclos médios do País deverão conter, obrigatoriamente, lições sobre temas de saúde do indivíduo e da coletividade e sobre a responsabilidade de cada cidadão para com a preservação da natureza e saneamento do meio.

Art. 27 - A vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, o controle das condições de saúde de estrangeiros que pretendam ingressar no País são atribuições do Ministério da Saúde.

Parágrafo Único: As responsabilidades de controle e fiscalização dos órgãos integrantes do sistema nacional de saúde, serão as estabelecidas na forma da lei.

TÍTULO V

DO SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS E ESTATÍSTICAS

Art. 28 - Ao Ministério da Saúde incumbe coordenar as atividades dos órgãos integrantes do sistema de saúde, no campo específico das informações epidemiológicas e estatísticas, com o objetivo de levantar, interpretar e divulgar estatísticas médico-sanitárias; realizar o acompanhamento e o estudo epidemiológico das doenças prevalentes no País e dos fatores que possam perturbar a saúde.

Art. 29 - O Ministério da Saúde estabelecerá os padrões e normas adequados e definirá as responsabilidades que cabem às instituições nacionais de saúde na elaboração de informações epidemiológicas e estatísticas.



Art. 30 - O Ministério da Saúde divulgará, amplamente, entre os órgãos que integram o sistema nacional de saúde, os resultados estatísticos que apuram.

Art. 31 - As relações entre o órgão de Epidemiologia e Estatística de Saúde do Ministério da Saúde e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (I.B.C.E.) são as estabelecidas na forma da lei.

TÍTULO VI

DOS INCENTIVOS E DAS SANÇÕES

Art. 32 - O Ministério da Saúde será obrigatoriamente ouvido em todos os projetos que visem aumentar a capacidade instalada dos serviços de saúde, podendo os referidos órgãos incentivar a construção de estabelecimentos em áreas prioritárias ou, ao revés, desestimulá-la naquelas onde exista excessiva oferta de recursos médico-assistenciais.

Art. 33 - Nenhum auxílio ou subvenção, consignado no Orçamento da União, será concedido a entidade pública ou privada de saúde que não esteja vinculada ao sistema nacional de saúde.

Art. 34 - O Instituto Nacional de Previdência Social somente poderá contratar serviços médicos ou credenciar a estabelecimentos de saúde que estejam vinculados ao sistema nacional de saúde.

TÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 35 - Dentro do prazo de cento e oitenta (180) dias, a partir da data da publicação desta Lei, será expedido o seu Regulamento, com a deno-



minação de Código Nacional de Saúde, cujas disposições se aplicarão a todo o sistema instituído nesta Lei.

Art. 36 - Todas as instituições públicas ou privadas, que no território nacional desenvolvem atividades de saúde, devem vincular-se aos órgãos-base do sistema nacional de saúde no prazo de noventa (90) dias, a partir da data da publicação do ato normativo competente.

TÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 37 - Os órgãos integrantes do sistema podem, em caráter supletivo, preparar produtos biológicos, profiláticos e medicamentosos, cujo fornecimento não seja normalmente assegurado pela indústria farmacêutica privada.

Art. 38 - O Ministério da Saúde estimulará o estudo e a adoção de medidas práticas que concorram ao aumento da produtividade dos estabelecimentos de saúde.

Art. 39 - O Ministério da Saúde promoverá reuniões periódicas com a participação das principais autoridades responsáveis pelo sistema instituído por esta Lei.

Art. 40 - Para o provimento de cargos de direção e chefias técnicas dos órgãos do sistema nacional de saúde dar-se-á preferência a profissionais e técnicos portadores de diplomas e certificados de aperfeiçoamento expedidos por estabelecimentos do Ministério da Saúde ou de outras instituições equiparadas.



FUNDAÇÃO ENSINO ESPECIALIZADO DE SAÚDE PÚBLICA
(vinculada ao Ministério da Saúde)

-12-

Art. 41 - Aos profissionais e técnicos da área da saúde será proporcionado, preferentemente, o regime de trabalho de tempo integral, com dedicação exclusiva.

Art. 42 - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

ENDEREÇO: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Estação de Manguinhos - GB
ENDEREÇO TELEGRÁFICO: SAPÚBLICA - Cx. Postal N.º 16 - ZC - 24
FENSP-MOD. 002

Anexo III
Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 6.229, DE 17 DE JULHO DE 1975.

Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art 1º O complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da saúde, constitui o Sistema Nacional de Saúde, organizado e disciplinado nos termos desta lei, abrangendo as atividades que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde, nos seguintes campos de ação:

I - do Ministério da Saúde, ao qual compete formular a política nacional de saúde e promover ou executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, cabendo-lhe particularmente:

a) Elaborar planos de proteção da saúde e de combate às doenças transmissíveis e orientar sua execução;

b) Elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

c) Assistir o Governo na formulação da política nacional de alimentação e nutrição, inclusive quanto à educação alimentar, e, com a colaboração dos demais Ministérios diretamente envolvidos na execução dessa política, elaborar e propor à aprovação do Presidente da República o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, promovendo, através do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, a coordenação de execução, supervisão, fiscalização e avaliação de resultados;

d) Coordenar a ação de vigilância epidemiológica em todo o território nacional e manter a vigilância nas fronteiras e nos portos e aeroportos, principalmente de entrada, no País;

e) Efetuar o controle de drogas, medicamentos e alimentos destinados ao consumo humano;

f) Fixar normas e padrões pertinentes a cosméticos, saneantes, artigos de perfumaria, vestuários e outros bens, com vistas à defesa da saúde e diminuição dos riscos, quando utilizados pela população em geral;

g) Fixar normas e padrões para prédios e instalações destinados a serviços de saúde;

h) Avaliar o estado sanitário da população;

i) Avaliar os recursos científicos e tecnológicos disponíveis para melhorar o estado sanitário da população e a viabilidade de seu emprego no País;

j) Manter fiscalização sanitária sobre as condições de exercícios das profissões e ocupações técnicas e auxiliares relacionadas diretamente com a saúde;

l) Exercer controle sanitário sobre migrações humanas, bem como sobre importação e exportação de produtos e bens de interesse da saúde.

II - O do Ministério da Previdência e Assistência Social, com atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado, cabendo-lhe particularmente:

a) Elaborar planos de prestação de serviços de saúde às pessoas;

b) Coordenar, em âmbito nacional, o subsistema de prestação de serviços de saúde às pessoas;

c) Credenciar, para integrarem o subsistema público, instituições de finalidade não lucrativa que prestem serviços de saúde às pessoas;

d) Prestar diretamente serviços de saúde às pessoas, ou contratá-los com entidades de fins lucrativos ou não, sujeitando-as a fiscalização permanente;

e) Experimentar novos métodos terapêuticos e novas modalidades de prestação de assistência, avaliando sua melhor adequação às necessidades do País;

f) Fixar, em colaboração com o Ministério da Saúde, normas e padrões para prestação de serviços de saúde a pessoas, a serem observados pelas entidades vinculadas ao Sistema;

g) Promover medidas adequadas a redução do custo dos medicamentos de maior eficácia e de comprovada necessidade para proteção da saúde e combate às doenças, inclusive subvencionando sua aquisição, ou distribuindo-os gratuitamente às classes mais pobres da população.

III - O do Ministério da Educação e Cultura, incumbido principalmente da formação e da habilitação dos profissionais de nível universitário, assim como do pessoal técnico e auxiliar necessário ao setor saúde, cabendo-lhe particularmente:

a) Orientar a formação do pessoal de saúde para atender às necessidades prioritárias da área, em quantidade e em qualidade;

b) Manter os hospitais universitários ou de ensino, zelando para que, além de proporcionarem elevado padrão de formação e aperfeiçoamento profissional, prestem serviços de assistência à comunidade em que se situem;

c) Orientar as universidades que incorporam a formação de pessoal para as atividades de saúde, no sentido de se capacitarem a participar do processo de avaliação e planejamento das atividades regionais de saúde;

d) Promover a integração progressiva dos hospitais e institutos de treinamento de pessoal de saúde no Sistema Nacional de Saúde, aparelhando-os para desempenhar as funções que lhes forem atribuídas pelo sistema e ampliando a área de treinamento pela utilização de outras instituições de prestação de serviços pessoais de saúde do Sistema Nacional de Saúde.

IV - O do Ministério do Interior, atuando nas áreas de saneamento, radicação de populações, desenvolvimento regional integrado e assistência em casos de calamidade pública, cabendo-lhe particularmente:

a) Realizar as obras de saneamento ambiental de sua responsabilidade e promover a ampliação dos sistemas de abastecimento d'água e de esgotos sanitários, em conformidade com as prioridades dos planos de saúde e em articulação com o Ministério da Saúde;

b) Orientar a política habitacional no sentido de que, além de proporcionar acesso da população a morada adequada e confortável, observe as necessárias condições de higiene e preveja, nos conjuntos habitacionais, os equipamentos sociais indispensáveis à manutenção da saúde de seus moradores.

V - O do Ministério do Trabalho, quanto à higiene e segurança do trabalho, à prevenção de acidentes, de doenças profissionais e do trabalho, à proteção, disciplina corporativa e política salarial das profissões de saúde cabendo-lhe particularmente:

a) Desenvolver as atividades de higiene e segurança do trabalho em consonância com as necessidades da área da saúde e tendo em vista a prioridade das ações preventivas;

b) Desenvolver programas de preparação de mão-de-obra para o setor saúde.

VI - O dos demais Ministérios, cujas ações relacionadas com a saúde constituam programas específicos, passíveis de medidas de coordenação pelo órgão disciplinador do sistema.

VII - O dos Estados, Distrito Federal, Territórios e Municípios que receberão incentivos técnicos e financeiros da União para que organizem seus serviços, atividades e programas de saúde, segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde, cabendo, assim, particularmente:

a) Aos Estados, ao Distrito Federal e aos Territórios:

1) Instituir em caráter permanente o planejamento integrado de saúde da unidade federada, articulando-o com o plano federal de proteção e recuperação da saúde, para a região em que está situada;

2) Integrar suas atividades de proteção e recuperação da saúde no Sistema Nacional de Saúde;

3) Criar e operar com a colaboração dos órgãos federais, quando for o caso, os serviços básicos do Sistema Nacional de Saúde previstos para unidade federada;

4) Criar e operar as unidades de saúde do subsistema estadual, em apoio às atividades municipais;

5) Assistir técnica e financeiramente os municípios para que operem os serviços básicos de saúde para a população local;

6) Cooperar com os órgãos federais no equacionamento e na solução de problemas de saúde de sua área.

b) Aos Municípios:

1) Manter os serviços de saúde de interesse da população local, especialmente os de pronto socorro;

2) Manter a vigilância epidemiológica;

3) Articular seus planos locais de saúde com os planos estaduais e federais para a área;

4) Integrar seus serviços de proteção e recuperação da saúde no Sistema Nacional de Saúde.

Art 2º O Conselho de Desenvolvimento Social apreciará a Política Nacional de Saúde formulada pelo Ministério da Saúde, bem como os programas de diferentes Ministérios, no que diz respeito a assuntos de saúde, com vistas a preservar as diretrizes de coordenação geral compatível, definidas nos Planos Nacionais de Desenvolvimento.

Parágrafo único. Para fins programáticos, os planos setoriais serão classificados pelas seguintes áreas:

a) Área de ação sobre o meio ambiente, compreendendo atividades de combate aos agressores encontrados no ambiente natural e aos criados pelo próprio homem, e as que visem a criar melhores condições ambientais para a saúde, tais como a proteção hídrica, a criação de áreas verdes, o abastecimento de alimentos, a adequada remoção de dejetos a outras obras de engenharia sanitária;

b) Área de prestação de serviços a pessoas, compreendendo as atividades de proteção e recuperação da saúde das pessoas, por meio da aplicação individual ou coletiva de medidas indicadas pela medicina e ciências correlatas;

c) Área de atividades de apoio, compreendendo programas de caráter permanente, cujos resultados deverão permitir: o conhecimento dos problemas de saúde da população; o planejamento das ações de saúde necessárias, a capacitação dos recursos humanos para os programas prioritários; a produção e a distribuição dos produtos terapêuticos essenciais, e outros.

Art 3º Em relação a cada área de atuação, a União exercerá ações próprias e supletivas:

I - No campo da saúde coletiva, ação própria no combate às endemias, no controle das epidemias, nos casos de calamidade pública e nas ações de caráter pioneiro, utilizando na medida do possível a colaboração dos Estados e Municípios.

II - No campo da saúde individual, ações próprias e supletivas, de preferência conjugando os esforços e recursos da União, dos Estados e dos Municípios e das entidades privadas.

Art 4º Na elaboração de planos e programas de saúde, ter-se-á em vista definir e estabelecer mecanismos de coordenação intersetorial, para aumento da produtividade, melhor aproveitamento de recursos e meios disponíveis em âmbito nacional, regional e local, visando a uma perfeita compatibilização com os objetivos, metas e ações dos planos de desenvolvimento do Governo Federal e com as diretrizes da Política Nacional de Saúde.

Art 5º Os Ministérios que desempenhem atividades incluídas no Sistema Nacional de Saúde, com base no levantamento dos problemas epidemiológicos e no diagnóstico da situação de cada área do País, inclusive no que tange aos recursos físicos, humanos e financeiros disponíveis, elaborarão programas regionais levando sempre em conta a participação de todos os órgãos públicos e privados que atuam na região, de modo a organizá-los segundo hierarquia técnica condizente com a área assistida e os pontos de convergência para atendimento de riscos especiais.

Parágrafo único. As Coordenadorias Regionais de Saúde, do Ministério da Saúde, instituídas pelo Decreto nº 74.891, de 13 de novembro de 1974, atuarão como unidades de apoio ao Sistema Nacional de Saúde, com vistas à conjugação de esforços para elaboração de programas regionais que integrem num todo harmônico as atividades preventivas, curativas e de reabilitação.

Art 6º A construção ou ampliação de novos hospitais e outras unidades de saúde, deverão observar obrigatoriamente os padrões mínimos fixados pelo Ministério da Saúde e visar ao preenchimento de lacunas na rede do Sistema, verificadas pelo Ministério competente referido no artigo 1º.

§ 1º As instituições financeiras oficiais somente concederão créditos para construção, ampliação, reforma ou equipamento de unidades de saúde cujos projetos tenham sido previamente aprovados pelo Ministério competente do Sistema Nacional de Saúde.

§ 2º Fica vedada a credenciação ou contrato de serviços de unidades de saúde pela União, inclusive por seus órgãos da administração indireta, cuja construção se inicie após a promulgação desta Lei, sem que os respectivos projetos tenham sido previamente aprovados pelo Ministério competente referido no artigo 1º.

Art 7º O Poder Executivo baixará os atos necessários à implementação da disciplina aprovada por esta Lei.

Art 8º Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 17 de julho de 1975; 154º da Independência e 87º da República.

ERNESTO GEISEL
Mário Henrique Simonsen
Ney Braga
Arnaldo Prieto
Paulo de Almeida Machado
João Paulo dos Reis Velloso
Maurício Rangel Reis
L. G. do Nascimento e Silva

Publicado no D.O.U. de 18.7.1975