

# POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO

---

*Data de aceite: 02/05/2023*

### APONTAMENTOS INTRODUTÓRIOS

A área de Política, Planejamento e Gestão expressa “a dupla dimensão (saber e práticas) [da Saúde Coletiva], ou seja, o fato de que o conhecimento produzido responde a problemas e desafios colocados pelos sujeitos em sua ação política em determinados contextos históricos”. Essa premissa autoriza a compreensão dos caminhos da pesquisa na área, reveladores da “complexa trama de relações entre o meio acadêmico e as instituições de serviços [...] mediadas pelas agências de fomento à pesquisa e pela comunidade da saúde coletiva” (Paim; Teixeira, 2006, p. 77).

Justificada pelas ciências sociais e humanas, a área de PP&G “apresenta certas especificidades e tem implicações distintas, seja na incorporação tecnológica, seja na militância sociopolítica” (Testa, 1997 apud Paim, Teixeira, 2006, p. 77).

“Os desafios da prática impõem aos sujeitos, individuais e coletivos, não só perícia técnico-científica, mas sobretudo

militância sociopolítica” (Paim; Teixeira, 2006, p. 73).

Compreende-se militância sociopolítica como “uma operação e, ao mesmo tempo, uma atitude do sujeito que a realiza [...] o sentido da militância é a construção de significado para o trabalho da ciência ou - melhor - do cientista enquanto tal” (Testa, 1997, p. 166).

A área de PP&G é “uma área temática com grande complexidade, pois há momentos em que faltam conhecimentos para a tomada de decisões, outros em que há conhecimentos suficientes, mas as decisões são adiadas e, ainda existem aqueles em que as decisões são necessárias mesmo diante de escassas evidências” (Paim; Teixeira, 2006, p. 77).

Figura 26: Carmen Teixeira



Fonte: UFSB

Figura 27: Livro Planejamento em Saúde



Fonte: UFBA

Dimensão política: em uma entrevista, de 2003, Sérgio Arouca fez um chamado brilhante: “O conceito saúde/doença está ligado a trabalho, saneamento, lazer e cultura. Por isso, temos que discutir a saúde não como política do Ministério da Saúde, mas como uma função de Estado permanente. À Saúde cabe o papel de sensor crítico das políticas econômicas em desenvolvimento. O conceito fundamental é o da intersetorialidade [...]” (RADIS, 2003, p. 358).

## POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

“Durante a Colônia, e mesmo no início do Império, os problemas de saúde da população brasileira não estiveram relacionados somente ao mundo da medicina. Nesse longo período, a medicina erudita era exercida por um pequeno número de médicos, cirurgiões e boticários, de formação europeia. Membros da elite, estes agentes da medicina oficial se radicavam somente nas maiores cidades, voltando-se para o atendimento das camadas mais altas da população. Assim, a prática médica estava distante dos mais pobres e, principalmente, dos escravos, que se utilizavam da solidariedade comunal, de curandeiros diversos e dos cuidados oferecidos por ordens religiosas, como os existentes nos hospitais da Santa Casa de Misericórdia, que, desde o início do período colonial, foram fundados em algumas regiões mais populosas do país” (Escorel; Teixeira, 2012, p. 280).

Figura 28: O cuidado de escravos e colonos



Fonte: Casa Oswaldo Cruz

“No que tange aos problemas de saúde, os brasileiros eram vítimas de diversas dificuldades, relacionadas ao ambiente e ao modo de vida e trabalho existentes. Escravos, indígenas e outros colonos, pertencentes aos estratos econômicos mais baixos da população, eram as principais vítimas de parasitas intestinais, doenças determinadas pela carência de nutrientes e doenças transmissíveis também relacionadas ao enfraquecimento, como a tuberculose, que se acredita ter chegado ao país antes dos colonizadores. Além desses males, a varíola foi uma doença epidêmica que tirou a vida dos brasileiros desde o início da colonização. A partir de meados do século XIX a ela se juntariam diversas doenças transmissíveis, como a febre amarela, a sífilis e a malária, que muitas vezes atacavam as cidades em fortes epidemias” (Escorel; Teixeira, 2012, p. 280).

No período de 1834 a 1935, o Rio de Janeiro enfrentou uma forte epidemia de varíola, que levou o governo federal a consultar a “Academia de Medicina e as faculdades de medicina quanto à ação governamental a ser tomada”. O setor médico apontou para a “revacinação como forma de consolidação da imunidade” (Fernandes, 1999, p. 39).

1838: É criado o Código de posturas, RJ. Determina a obrigatoriedade de vacina contra varíola para crianças; governo institui multa para quem não obedecesse. Não foi cumprido devido ao temor e descrença por parte dos pais (Guarany, 1863; Lee, 1863; Moreira, 1862 *apud* Fernandes, 1999, p. 39).

“A única obrigatoriedade efetivamente cumprida foi a relacionada à escravidão nas fazendas, para onde o vacinador era deslocado por solicitação dos proprietários de escravos” (Fernandes, 1999, p. 39).

Este Código é o embrião da vigilância sanitária que temos hoje no SUS (Escorel; Teixeira, 2012).

Em 1840, chega a febre amarela ao país, sendo os transmissores mosquitos, principalmente o *Aedes aegypti* (oriundo da África), o Haemagogus e o Sabethes (ambos das Américas) (Escorel; Teixeira, 2012).

Ainda nos anos 1840, a tuberculose retorna<sup>1</sup> e se torna a prioridade sanitária do monarca, que institui a polícia sanitária (médica), de inspiração europeia (Escorel; Teixeira, 2012).

## **Polícia Sanitária (Polícia Médica): de que tratava na Europa?**

De temas como “necessidade do fim do celibato, fiscalização da comida e da bebida, instruir casais, proibir certos matrimônios, encontrar meios de diminuir a mortalidade infantil, limpeza das cidades, pobreza, condições de trabalho [...]” (Mantovani, 2018, p. 425).

De 1846 a 1853 são registradas epidemias de dengue em São Paulo e no Rio de Janeiro (Barreto; Teixeira, 2008).

1897-1898: epidemia de malária entre os trabalhadores, atuantes no trecho ferroviário Jundiaí-Santos (recoberto de matas) da estrada de ferro São Paulo-Santos. Adolpho Lutz no relatório de 1897 (Lutz, 1898 *apud* Benchimol; Silva, 2008).

Entre meados do século XIX e o início do século XX, foi instituído um modelo centralizado de saúde, marcado pela ineficiência devido à falta de cooperação entre o governo central e as províncias, cuja estrutura manteve-se praticamente inalterada durante todo esse período (Costa, 1985; Fernandes, 1999 *apud* Escorel; Teixeira, 2012).

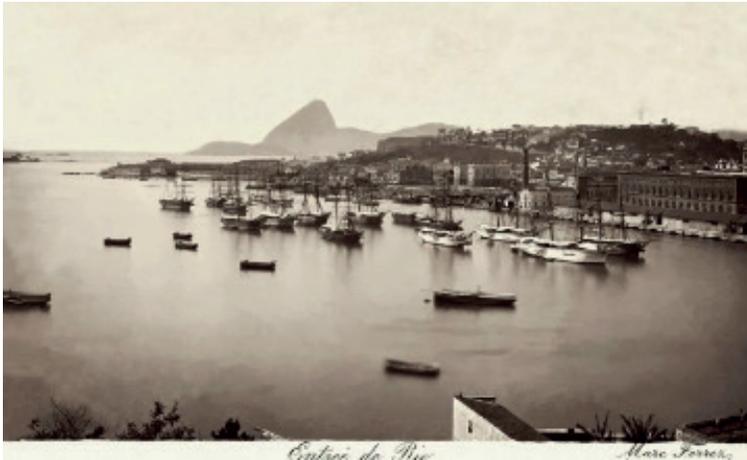
Mesmo com o crescimento econômico desde o final do século XIX até o início do século XX, as mudanças nos serviços de saúde foram limitadas, sendo as maiores inovações a implementação da vacinação obrigatória contra a varíola e a criação de uma lista de doenças de notificação compulsória (Costa, 1985 *apud* Escorel; Teixeira, 2012).

Da Proclamação da República até a conquista do SUS tivemos somente duas políticas sanitárias nacionais: (a) Política Pública Campanhista (1900-1951) e (b) Política Pública Desenvolvimentista (1951-1963) (Escorel; Teixeira, 2012).

---

1. Trazida pelos jesuítas e colonos; o contato permanente com os índios gerou o adoecimento e a morte de vários nativos. Padre Manoel da Nóbrega, vindo para o Brasil em 1549, parece ter sido o primeiro indivíduo conhecido portador de tuberculose no País (Campos; Pianta, 2001). Descrições de quadros clínicos compatíveis com a doença foram encontradas nas cartas de Inácio de Loyola (1555) e de José de Anchieta (1583) destinadas ao reino de Portugal [...] (Ruffino-Neto; Pereira, 1981). Loyola e Anchieta relatam nas cartas que “os índios, ao serem catequizados, adoecem, na maior parte, com escarro, tosse e febre, muitos cuspidando sangue, a maioria morrendo com deserção das aldeias” (Rosemberg, 1999, p. 7).

Figura 29: Entrada do Rio de Janeiro



Fonte: Marc Ferrez, déc. 1875. Acervo Instituto Moreira Salles

No governo de Rodrigues Alves, são implementadas três reformas:

- a. Reforma urbana: para mostrar-se bonito ao estrangeiro;
- b. Reforma dos portos: a fim de assegurar interesse da elite cafeeira em preservar a mão de obra imigrante, as importações e a entrada de capital estrangeiro;
- c. Reforma sanitária: para erradicar doenças pestilentas (Verdi, 2002; Escorel; Teixeira, 2012).

Ainda no governo de Rodrigues Alves:

Oswaldo Cruz assume a função de 1º Diretor Geral de Saúde Pública (DGSP) e cientista do Instituto Soroterápico de Manguinhos.

Estratégias: demolição de cortiços, despejo de moradores e expansão da polícia sanitária (Verdi, 2002).

Oswaldo Cruz, na chefia da DGSP atuou, por meio de campanhas sanitárias, no combate às doenças infecciosas que mais assolavam o Rio de Janeiro, como a febre amarela, a varíola e a peste (Escorel; Teixeira, 2012).

Em meados de 1904, em virtude do surgimento de um novo surto de varíola na capital, Oswaldo Cruz envia um projeto de lei ao Congresso para instituição da obrigatoriedade da vacina [...]” (Verdi, 2002).

Em pouco tempo, o Rio se revoltou [...]. Eclode a Revolta da Vacina. Durou seis dias, de 10/11 a 16/11. É controlada pelo exército, mas o governo recua e retira a obrigatoriedade da vacina (Verdi, 2002).

Figura 30: Praça da República



Fonte: Acervo da Fiocruz

As ações de saúde até a primeira década do século XX estiveram voltadas para as grandes cidades, o que deixou o interior do país sem cuidados, exacerbando desnutrição, verminoses e malária, uma vez que as elites desprezavam essas regiões e almejavam o embranquecimento populacional (Escorel; Teixeira, 2012).

Figura 31: Centro do Rio de Janeiro



Fonte: MF Press Global

Figura 32: Gazeta de Notícias



Fonte: Biblioteca Nacional, 1918

Com a chegada da gripe espanhola ao Brasil, grandes cidades, como Rio de Janeiro e São Paulo, tiveram suas atividades paralisadas, enquanto a carência por suporte público era exacerbada. A agitação social e a urgência por reformas que abarcassem as necessidades nacionais eram evidentes (Escorel; Teixeira, 2012).

A criação de postos do serviço de profilaxia rural (na periferia do RJ - 1914) representou o primeiro contato efetivo dessas pessoas com a assistência em saúde (Escorel; Teixeira, 2012).

Figura 33: Centro de Profilaxia Rural



Fonte: Belisário Augusto de Oliveira Penna, 1919-1923. Fundação Oswaldo Cruz/Casa de Oswaldo Cruz

Figura 34: Centro de Profilaxia Rural



Fonte: Arquivo Belisário Penna, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz

Com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (1920) em substituição ao Departamento Geral de Saúde Pública, o Estado passou a se responsabilizar por elaborar estatísticas demográfico-sanitárias e produção de soros, vacinas e medicamentos para o combate das grandes epidemias (Escorel; Teixeira, 2012).

Um acordo entre os governos brasileiro e norte americano criou o Serviço Especial de Saúde Pública, que visava combater a epidemia de febre amarela e malária no Brasil. No entanto, essa campanha foi guiada pelo viés econômico do local de atuação, ou seja, atuaram principalmente em localidades de interesse financeiro e exploratório para os Estados Unidos (Escorel; Teixeira, 2012).

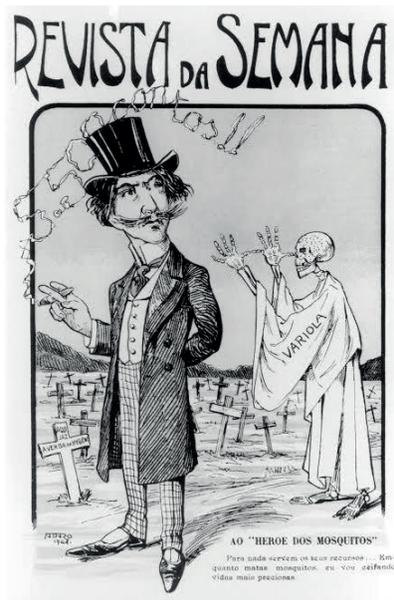
Figura 35: Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)



Fonte: Campos (1942)

A campanha sanitária foi uma política pública de saúde trazida pelo nosso colonizador e usada no controle de doenças, estando viva até hoje (Escorel; Teixeira, 2012).

Figura 36: Revista da Semana



Fonte: Instituto Oswaldo Cruz, 1904

“Durante o governo Dutra, o sanitarismo campanhista, centralizador e autoritário, alcançou o auge” (Escorel; Teixeira, 2012, p. 306).

Figura 37: Cartazes de Educação e Propaganda Sanitárias

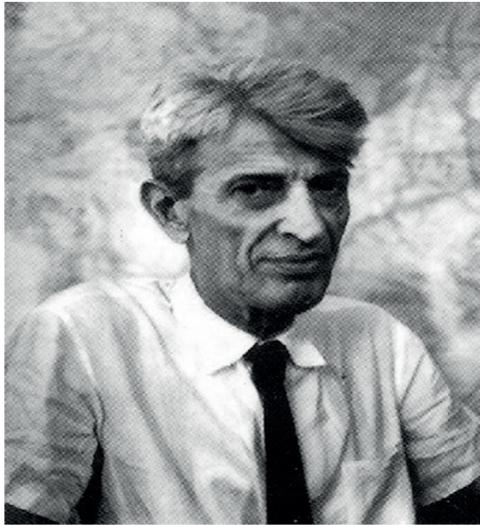


Fonte: Barreto (1928 *apud* Batista; Silva, 2020)

Após o sanitarismo campanhista foi a vez do sanitarismo desenvolvimentista, cuja ideia-força [...] era de que “o nível de saúde de uma população depende, em primeiro lugar, do grau de desenvolvimento econômico de um país ou de uma região e que, portanto, as medidas de assistência médico-sanitária são, em boa parte, inócuas quando não acompanham esse pensamento” (Escorel; Teixeira, 2008, p. 310).

“O sanitarismo desenvolvimentista começou a se constituir a partir do segundo governo de Getúlio Vargas e, sob a liderança de Mário Magalhães da Silveira, consolidou-se e adquiriu um estatuto de orientação institucional do Ministério da Saúde até o golpe militar em 1964” (Escorel; Teixeira, 2012, p. 309). Esse sanitarista foi “fundador e professor da cadeira ‘Fundamentos Econômicos-Sociais’ no Curso Básico de Saúde Pública para médicos entre 1960 e 1961” (Escorel, 2015, p. 2454).

Figura 38: Mário Magalhães da Silveira



Fonte: Autor desconhecido/Arquivo Nise Silveira

Na criação do Ministério de Saúde do Brasil “Magalhães teve [...] papel fundamental na defesa de novas propostas das políticas de saúde” (Escorel, 2015, p. 2454).

Convidado por Wilson Fadul, então Ministro da Saúde do Governo João Goulart, para secretariar a 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963, Mário Magalhães apresentou um projeto de serviços de saúde que carregava uma proto-ideia do que viria a ser o SUS no devir: “(a) atendimento básico/auxiliares de saúde; (b) atendimento secundário (especialistas) e; (c) atendimento terciário (médico/hospitalar)” (Escorel, 2015, p. 2454).

“Depois de 1964, o sanitarista passou a participar como professor de cursos oferecidos pela Associação Médica do Estado da Guanabara, entidade que congregava médicos socialistas [...] críticos da prática médica, pautando-se a partir dos interesses das classes populares” (Escorel, 2015, p. 2454).

Quadro 1: Epidemias nacionais, de 1808 a 1918

VARIÓLA	A chegada da família real em 1808 marca também o primeiro surto de Varíola no país em construção.  No período de 1834-35, o Rio de Janeiro enfrentou forte epidemia de varíola (Fernandes, 1999).  Curandeiros e parteiras para pobres (O pobre não conhecia ação médica) (Escorel; Teixeira, 2012).
FEBRE AMARELA	1840: chega a febre amarela no país (Escorel; Teixeira, 2012).
TUBERCULOSE	A doença havia sido trazida pelos jesuítas e colonos; o contato permanente com os índios gerou o adoecimento e a morte de vários nativos (Campos; Pianta, 2001).  Anos 1840: o retorno da tuberculose Monarca institui a polícia sanitária (médica), de inspiração europeia (Escorel; Teixeira, 2012).

DENGUE	1846-1853: Epidemias de dengue em São Paulo e Rio de Janeiro (Barreto; Teixeira, 2008).
MALÁRIA	1897-1898: Epidemia de malária entre os trabalhadores, atuantes no trecho ferroviário da estrada de ferro São Paulo-Santos (Lutz, 1898 <i>apud</i> Benchimol; Silva, 2008).
GRIFE ESPANHOLA	A neutralidade da Espanha durante a primeira guerra torna o país um corredor de disseminação de uma das maiores epidemias mundiais. 1918: Gripe espanhola matou 8 mil brasileiros (Verdi, 2002).

Fonte: Elaborado pelos autores baseado em Escorel e Teixeira (2012)

## INSTITUCIONALIDADE DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

### Primeiras organizações previdenciárias

Associações mutualistas. Montepios. Sociedades de socorro mútuo. Seguradoras privadas para indenização a acidentes de trabalho. Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP).

A primeira forma de proteção social brasileira foi a previdência privada, surgida no Brasil Império: associações mutualísticas/mutuárias, criadas por operários da construção naval e da impressão de livros e jornais. Finalidades: assistência instrucional e assistência previdenciária. Organizadas por estatutos, mantidas com um “Fundo Social” mantido por “joias, mensalidades, doações [...] de que era retirado o Fundo dos Socorros” (Rodrigues, 1968, p. 6-7).

Segunda metade do século XIX: criados e regulamentados os Montepios e as Sociedades de Socorro Mútuo, respectivamente por meio da Lei nº 1.083, de 22 de agosto de 1860 e Decreto nº 2711, de 19 de dezembro de 1860 (Brasil, 1860a; 1860b).

De modo geral, o caráter dessas instituições era assistencialista (Rodrigues, 1968).

Lei Elói Chaves (Brasil, 1923) instituiu a primeira cobertura previdenciária, por meio da criação de uma caixa de aposentadoria e pensão (CAP) em cada uma das empresas de estrada de ferro no País, para os respectivos empregados. As CAP-Ferrovários eram responsáveis por oferecer benefícios (aposentadoria, ordinária ou por invalidez, e pensão para os herdeiros do beneficiado), serviços médicos, funerários e seguro-emprego a quem completasse 10 anos de trabalho. Era uma previdência privada, administrada por um colegiado paritário formado por representantes de empregados e empregadores, baseada na ideia não de Previdência Social (como direito), mas de Seguro Social (Ribeiro; Lacaz, 1984): “mantida pela contribuição proporcional aos vencimentos dos trabalhadores e à renda bruta da empresa” (Andrade, 2003, p. 70). Os interesses eram muito claros: controlar as tensões sociais e cooptar setores operários urbanos que ameaçavam a ordem. Vale assinalar que Elói Chaves, Secretário de Justiça de São Paulo, havia reprimido a greve geral de 1917 e inicialmente beneficiou as empresas ferroviárias porque o setor ferroviário era o mais organizado e estrategicamente importante para o desenvolvimento brasileiro da

época (Ribeiro; Lacaz, 1984, p. 152). Depois vieram as CAP para trabalhadores marítimos e portuários (Batich, 2004). O Estado somente fiscalizava o cumprimento da lei (Teixeira, 2006).

## **A primeira reforma (1923-1966) (Andrade, 2003, p. 70)**

Getúlio Vargas decide reformular o Estado brasileiro, industrializar o país através da impulsão no setor privado com financiamentos generosos e da criação de empresas públicas, particularmente no setor de bens de capital (Teixeira, 2006).

Em meio à crise, a classe trabalhadora urbana passou a reivindicar melhores condições de saúde e outras demandas sociais para as quais o governo não conseguia responder, pois exigiam investimento estatal. Neste contexto, Vargas reconheceu a necessidade de interferir nas relações trabalhistas, para conciliar conflitos entre capital e trabalho. Para tanto, determinou que as CAP fossem substituídas por IAP, aglutinando categorias profissionais e abrangendo todo o território nacional (Batich, 2004).

Estrategista, ele anteviu que com a criação dos IAP ele estaria estendendo a previdência por meio de uma política autofinanciável administrada pelo Estado (Teixeira, 2006).

Cada categoria profissional estabelecia livremente os tipos de benefícios e os valores das contribuições previdenciárias: quanto mais alto o salário da categoria, maior o percentual de contribuição (Batich, 2004).

Assim nasceu a previdência social de natureza pública: com os IAP (Teixeira, 2006).

A partir de 1933, vários IAP são estruturados. O 1º: o “IAP marítimo (IAPM), agregando as CAP dos marítimos”. Em seguida, “IAP dos comerciários e IAP dos bancários (1934), IAP dos industriários (1938)” (Ribeiro; Lacaz, 1984, p. 152).

Decreto 890/1936: “[...] uma nova definição de base financeira para o sistema previdenciário, resultante da combinação de um ‘regime de repartição’ (no qual o custeio estaria centrado nas receitas correntes de contribuições dos empregados, empregadores e da União) e da criação de mecanismos pelos quais o Estado passaria a controlar diretamente os elevados saldos do sistema” (Andrade, 2003, p. 71-72).

1938: é criado o IPASE (Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado), por meio do Decreto-Lei nº 288, de 23 de fevereiro de 1938 (servidor público civil, titular de cargo público/regime estatutário) (Brasil, 1938).

1939: existiam 100 CAP e 4 IAP, mas o sistema previdenciário continuava excluindo trabalhadores autônomos, os trabalhadores domésticos e rurais (Ribeiro; Lacaz, 1984).

Entre 1930 e 1949, o montante de reserva dos IAP representava em média 67% da arrecadação, pois os gastos com benefícios atingiam 33% (Andrade, 2003).

Os recursos não utilizados pelos IAP foram largamente utilizados pelo governo, para aplicação em investimentos diretos em vários setores da economia, transformando “a

Previdência no principal ‘sócio’ do Estado no financiamento do processo de industrialização do país” (Andrade, 2003, p. 73).

Vários decretos governamentais impuseram aos IAP a subscrição de ações preferenciais de empresas, como, por exemplo, a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN) e a Companhia Hidroelétrica do São Francisco (Batich, 2004).

“Entre 1950 e 1960, enquanto os contribuintes cresceram na proporção de 100 para 142, os aposentados crescem de 100 para 289 e os pensionistas de 100 para 223” (Andrade, 2003, p. 75).

1960: o Congresso Nacional promulgou a primeira Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS, “que uniformizou os direitos dos segurados pelo teto dos padrões dos melhores institutos” (Andrade, 2003, p. 75), instituindo um sistema previdenciário único para todos os trabalhadores do setor privado (Batich, 2004).

No entanto, “o sistema previdenciário já dava sinais de enfraquecimento de sua capacidade de acumulação de reservas” (Andrade, 2003, p. 75).

Naquela década, anos 60, a assistência médica previdenciária (dos IAP) aumenta muito, pois, com o desgaste do trabalhador, começa a emergir “a necessidade de manutenção, recuperação e reprodução da força de trabalho, funcionando como um complemento de sua renda e do seu consumo básico” (Ribeiro; Lacaz, 1984, p. 153).

Em 1964, há déficit de caixa nos IAP. Contribuíram “para a escassez de capitais, em termos de receitas, o não recolhimento das contribuições, por parte da União e empregadores; em termos de despesa, os reajustamentos, abonos e majorações nos benefícios e auxílios, além de elevadas despesas administrativas” (Ribeiro; Lacaz, p. 153).

## **A segunda reforma (1966 a 1979): unificação e estatização do sistema previdenciário (Andrade, 2003, p. 75).**

1966: criação do novo padrão do sistema previdenciário nacional; três eixos:

- “Aumento da alíquota de contribuições dos usuários, por parte do Estado, para ampliar os recursos financeiros e [...] garantir a sua transferência para o setor médico empresarial (hospitalar e da medicina de grupo);
- Unificação de CAP e IAP no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS);
- Garantia da predominância da empresa privada, por parte do INPS e Central de Medicamentos (CEME), por meio de “celebração de convênios e importação de [...] equipamentos médicos, com a tecnificação do ato médico e o assalariamento do profissional de medicina” (Ribeiro; Lacaz, 1984, p. 154).

No mesmo ano, o governo militar criou também o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço/FGTS, um mecanismo de financiamento da previdência para enfrentar a crise financeira que já ganhava corpo. Em âmbito político, a criação do FGTS foi uma forma de inibir a participação política dos trabalhadores, por meio do fim da estabilidade no emprego.

Em âmbito econômico, este fundo de garantia facilitaria bastante as demissões, permitindo ao patronato estimular uma rotatividade da força de trabalho que comprimia a massa salarial (Teixeira, 2006).

A criação do INPS configurou uma medida de racionalização administrativa da assistência médica e da cobertura previdenciária. A previdência passou a ter função assistencial e distributivista embora se limitasse aos trabalhadores com carteira assinada. Os demais cidadãos que não contribuíam para previdência social obtinham saúde em centros e postos de saúde caso se encaixassem no perfil de paciente, em serviços de saúde filantrópicos, como Santas Casas, ou consultórios/clínicas particulares se tivessem poder aquisitivo para tal (Escorel; Teixeira, 2012).

Figura 39: Posto de Assistência Médica



Fonte: Iconografia da História

O INPS passa a ser o grande comprador de serviços do setor privado. Um ano depois de os Institutos e Caixas serem unificados no INPS, 1967, “dos 2.800 hospitais existentes no país, 2.300 estavam contratados pelo INPS” (Oliveira; Teixeira, 1996, p. 211).

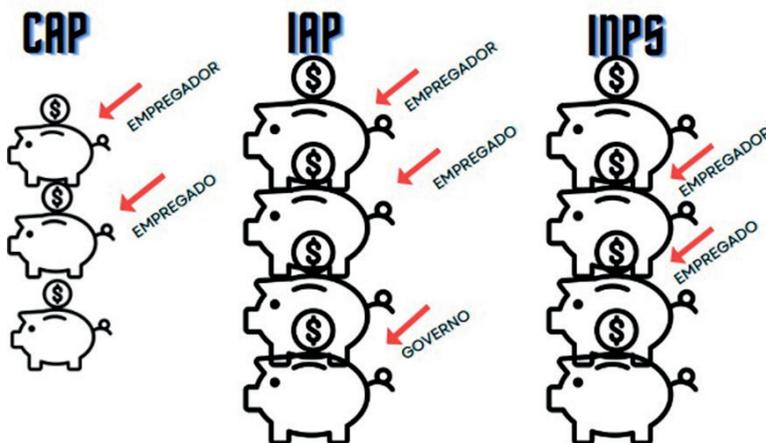
Figura 40: Posto do INPS em Copacabana



Fonte: Paulo Moreira 01/02/1988

A assistência médico-hospitalar do INPS era garantida aos trabalhadores urbanos do setor privado e aos funcionários públicos regidos pela CLT. Os demais servidores públicos continuaram a manter seu próprio instituto, o Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado (IPASE) (CPDOC-FGV, 2009).

Figura 41: Institucionalidade da Previdência



Fonte: Elaborado pela acadêmica Karla Dias Gratis Paiva (2024)

1974: governo Geisel cria o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que incorporou o INPS. No mesmo ano, os trabalhadores rurais conquistaram a cobertura de acidentes de trabalho; foi criado o salário-maternidade, e o amparo da previdência para maiores de 70 anos e inválidos (Teixeira, 2006).

Com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), foi necessário distinguir suas funções das do Ministério da Saúde (MS). Ao MS foram atribuídas as ações de interesse coletivo como a medicina preventiva e a vigilância sanitária. Ao MPAS coube a medicina curativa (atendimento médico-assistencial individualizado) (CPDOC-FGV, 2009).

Logo após a criação do MPAS, o INPS:

- ampliou convênios com empresas, credenciou médicos para atendimento em seus próprios consultórios;
- disciplinou o relacionamento com cooperativas e estabelecimentos que operavam mediante o sistema de pré-pagamento;
- estabeleceu convênios com a União, estados e prefeituras;
- implantou o sistema de livre escolha do profissional médico e
- permitiu a opção por instalações especiais nos casos de internação, através do pagamento de sobrepreço.

Ao manter a política de compra de serviços com o setor privado na área da assistência médica, foi necessário criar um mecanismo de controle das contas hospitalares apresentadas pelos hospitais contratados, da arrecadação das contribuições e do pagamento de benefícios: o MPAS criou a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev). Foi também vinculada ao MPAS a Central de Medicamentos (Ceme), órgão encarregado de promover a distribuição gratuita de medicamentos (CPDOC-FGV, 2009).

1977: foi instituído o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), pela Lei nº 6.439, apoiando-se em um modelo setorializado:

- [...] a área de seguro social continuou com o INPS;
- [...] para a assistência médica criou-se o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social);
- [...] para cuidar da arrecadação e fiscalização das contribuições, bem como da gestão financeira e patrimonial dos recursos do sistema, criou-se o IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social);
- [...] para a assistência social foram incorporadas duas instituições, a Legião Brasileira de Assistência (LBA), dedicada à população carente, e a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM);
- [...] manteve-se a DATAPREV (Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social)” (Teixeira, 1990, p. 18).

Esse modelo não surtiu os efeitos esperados. Na área da assistência médica, desenvolveu-se uma “uma medicina apressada, deficiente e imperfeita” que estimulou o surgimento e o crescimento de empresas de seguros-saúde, empresas que visavam unicamente ao lucro. No âmbito da fiscalização das contribuições e gestão financeira (IAPAS), o controle foi ineficiente, o que permitiu a existência de enormes dívidas de empresas e municípios para com a previdência (CPDOC-FGV, 2009).

## **A terceira reforma (décadas de 1980 e 1990): resistências à instituição da Seguridade Social (Andrade, 2003, p. 79)**

“Nos primeiros anos da década de 1980, já em pleno período recessivo, vem à tona ‘a crise da Previdência Social’, num alardeado reconhecimento oficial de que o sistema já se tornava incapaz de sustentar o padrão de gastos montados no ano anterior (Andrade, 2003, p. 78).

“Ao abrir-se a década de 1980, o mundo já era outro. Nos sombrios primeiros anos da década (hoje denominada ‘perdida’), a sociedade brasileira despertou para a urgência de suas demandas sociais. E, ao final daqueles anos, em 1988, uma nova Constituição tratava de expressar nos artigos (arts. 194 e 195) destinados à criação da Seguridade Social a decisão coletiva de não mais compatibilizar exclusão e desenvolvimento” (Vianna, 1998 *apud* Andrade, 2003, p. 79).

“Uma sombra de incerteza se estende sobre a nova Constituição desde o momento de sua promulgação: estabelecia-se o período até outubro de 1993 como prazo final para sua revisão (inclusive na íntegra), pela maioria simples do Congresso eleito em 1990. Nesse mesmo ano, inicia-se o desmonte do Sinpas, criado em 1977, mediante a extinção do Ministério do Trabalho e do Ministério da Previdência e Assistência Social. Também extintos foram o INPS e o IAPAS, e substituídos pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS); o INAMPS foi transferido para o Ministério da Saúde, até ser extinto em 1993” (Andrade, 2003, p. 79).

“Os primeiros anos da década de 1990 também foram marcantes para a delimitação de novos condicionantes políticos para a organização dos Estados de bem-estar social, especialmente para a América Latina” (Andrade, 2003, p. 80).

“Finalmente se faziam ouvir aqui os ecos da chamada ‘modernização conservadora’: reformas estruturais de cunho neoliberal, irradiadas a partir dos governos Reagan-Thatcher, centradas na desregulamentação dos mercados, na abertura comercial e financeira, na privatização do setor público e na redução do Estado” (Tavares e Fiori, 1993 *apud* Andrade, 2003, p. 81).

“A crise econômica e da Seguridade Social, seguida dos programas de ajustes estruturais, promoveu o interesse dos organismos financeiros internacionais em relação à montagem desses programas: em primeiro lugar, o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (Bird), seguidos do Banco Interamericano de Desenvolvimento (Bid) e da Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (Cepal)” (Mesa-Lago, 1997 *apud* Andrade, 2003, p. 81).

“Os objetivos econômico-financeiros passam a prevalecer nas avaliações dos sistemas de proteção públicos-sociais [...]” (Andrade, 2003, p. 81).

## Vem aí o SUS!

Estado, Sociedade e Saúde: Do instituído autoritário ao instituinte democratizante (Jorge, 2006, p. 36).

Redemocratização e Saúde: a Nova República (Jorge, 2006).

“Em março de 1985, depois da luta pelas eleições diretas, que mobilizaram todo o país com uma frente ampla de todos os opositores ao regime militar, conquistou-se a instauração de um governo civil, eleito de forma indireta em janeiro, tendo como Presidente da República Tancredo Neves e, como Vice-Presidente, José Sarney. Com a morte de Tancredo, em 21 de abril, Sarney assume o posto de Presidente da República. Em 1986, instala-se uma Assembleia Nacional Constituinte, aproveitando-se os próprios congressistas eleitos” (Jorge, 2006, p. 44).

A chamada ‘Nova República’, inaugurada nesse ano de 1985 e demarcatória do encerramento da ditadura militar, instaurou-se como uma transição negociada entre segmentos dissidentes da base de sustentação do regime anterior e segmentos oposicionistas também emergentes da democracia de fachada consentida pelo Estado autoritário, em um pacto pelo alto, das elites, excluindo a participação popular que se manifestara, em ampla mobilização, na Campanha das Diretas-Já” (Jorge, 2006, p. 44).

## VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS)

“A 8ª Conferência foi um evento duplamente inédito. Inédito na história das políticas de saúde porque não se tem notícia de que o poder executivo brasileiro jamais tenha convocado a sociedade civil para o debate de políticas ou programas de governo, menos ainda no estágio ou momento de sua formulação na escala de que o fez naquele momento. Todas as sete conferências de saúde anteriores pautaram-se por um caráter eminentemente técnico e pela baixíssima representatividade social marcada pela participação praticamente restrita a gestores e técnicos governamentais” (Carvalho, 1995, p. 53).

O ineditismo, ainda segundo Carvalho (1995, p. 54), também se manifestava na comparação com outras políticas públicas contemporâneas. E, ainda, pelo conjunto de propostas respaldadas social e politicamente, “que não apenas serviu para pautar o desenvolvimento seguinte do movimento reformador da saúde quanto terminou por se inscrever em grande parte no novo arcabouço jurídico do país expresso pela constituição promulgada em outubro de 1988”.

Figura 42: VIII Conferência Nacional de Saúde



Fonte: Informe Ensp

A convocação da 8ª CNS vinha concretizar uma linha teórica de movimento: “a saúde é determinada pela organização social, superando práticas intra-setorializadas: [...]” (Jorge, 2006, p. 47).

Figura 43: Constituinte de 1988



Fonte: Folha de São Paulo, 18 de maio de 1988.

A Constituição de 1988 estabeleceu que a saúde é parte da seguridade social (art. 194) e direito de todos e dever do Estado (art. 196) (Brasil, 1988).

## EXPERIÊNCIAS DE GESTÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DE BASE EM TEMPOS DE REGIME MILITAR

Londrina-PR, anos 70

Figura 44: Nelson Rodrigues dos Santos (Nelsão)



Fonte: Blog Londrina

Anos 1970. “Fundamos, junto com a prefeitura municipal, os primeiros postos de saúde periféricos da zona urbana. O norte do Paraná tinha uma população rural percentualmente grande, o povoamento e a colonização na onda do café no norte do Paraná desde o começo impediram latifúndios, foi em pequena propriedade, e isso deu uma densidade muito grande na zona rural. Apesar da grande polarização da cidade de Londrina, a zona rural dela tinha o mesmo número de habitantes da zona urbana. Eram vilas, entroncamentos rurais. Nessas vilas rurais, nós começamos também a instalar postos de saúde” (Entrevista. Nelson Pereira dos Santos, 2008, p. 6).

Nossas observações<sup>2</sup>, feitas a partir da leitura do texto de Tornero *et al.* (1978):

Trata-se de uma bonita experiência de medicina de base, realizada muito antes da conquista da nossa política nacional de atenção básica, de 2006.

O(a) médico(a) passava grande parte de seu tempo atendendo situações simples como: pré-natal, puericultura, diagnosticando e tratando verminose, escabiose, gripe, gastroenterocolite. Hoje, a essas questões somam-se as doenças crônicas não transmissíveis.

Objetivos simples eficazes têm potência para melhorar as condições de vida das pessoas.

O (a) médico(a) geral tinha como responsabilidade o exercício de uma medicina

2. Relatadas pelos alunos que "leram Donnangelo" (grifo nosso).

de base. Havia a percepção de que o especialista era utilizado como “aquecimento” (grifo nosso) de diagnósticos, casos que seriam resolvidos por um auxiliar de saúde bem orientado.

A nossa percepção sobre a leitura do texto:

Acadêmicos da saúde em Londrina eram treinados para executar inúmeras funções. No contemporâneo, parece que o processo de trabalho da atenção primária é hegemonizado pelas tais competências e habilidades, requeridas por políticas públicas. Vejamos o que nos mostrarão os nossos estágios...

Assistentes de saúde devem tratar de patologias simples relacionadas à sua área de atuação. Não é para as doenças raras que devemos nos debruçar, mas para as patologias simples. Marcão, professor que infelizmente não tivemos a oportunidade de conhecer, dizia, segundo a profa. Rita, que acadêmicos de medicina da UFSC se encantavam, por vezes, com doenças raras conhecidas por meio de disciplinas positivistas e tinham dificuldades em tratar socialmente uma criança com diarreia.

As diferentes áreas dos serviços de atenção primária devem ser integradas. Que bonito. Mas, parece que a prática se dá na dialética integração-separação. Estaremos atentos em nossos estágios...

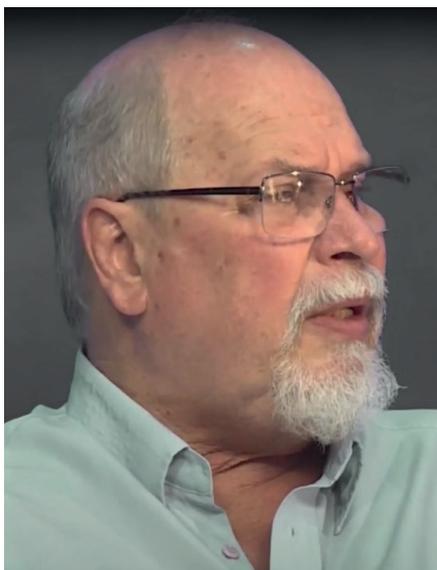
Aproximando a nossa leitura dessa experiência das discussões iniciais de Saúde Coletiva vivenciadas em sala no primeiro período, percebemos que o principal desafio, em termos humanistas, está não na melhor estrutura e/ou em um quantitativo expressivo de força de trabalho, mas na circulação de vontades políticas nos espaços de atenção básica para poder garantir o direito ao cuidado a usuários e comunidades oprimidos pelas dificuldades em garantir para si e famílias condições materiais de existência.

“A partir de 1975-76 vêm as iniciativas de Austin, no Rio de Janeiro, que eu coordenei, a de Paulínia, com Marília Bernardes, Sergio Arouca, a de Barra Funda, com José Guedes, a experiência municipalista, com Moreira Franco, em Niterói, Nildo Aguiar, na Superintendência do Inamps/RJ, em Campinas, com o Nelsão, em Londrina, a experiência de Montes Claros. São conjuntos de experiências de gestão, algumas em contato direto com a academia, em que a conquista de alguns governos estaduais, particularmente o do Paraná, com José Richa e Luiz Cordoni como secretário de saúde, e o de São Paulo, com Franco Montoro e João Yunes como secretário de saúde, passa a ser motor propulsor, digamos, da ocupação de espaços de governo, nesta linha” (Noronha, 2006 *apud* Jorge, 2006, p. 60).

## Costeira do Pirajubaé, Florianópolis-SC, 1980

Um exemplo de experiência de atenção primária executada no âmbito da academia é a do projeto de extensão da Costeira do Pirajubaé, da Universidade Federal de Santa Catarina. Desenhado e coordenado por Marcão, então professor da UFSC, em 1980, o projeto iluminava o fomento à prática médica como prática comunitária, em perspectiva dialética de agenciamento e enfoque participativo. Contar a história dessa experiência era um de seus maiores deleites (Rita Gabrielli).

Figura 45: Prof. Marcão



Fonte: UFSC

“A aproximação entre os acadêmicos de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e a Atenção Primária à Saúde (APS) ocorreu lenta e gradualmente. A primeira iniciativa de que se tem registro ocorreu em 1980, com a criação do ambulatório da Costeira do Pirajubaé, projeto de extensão que passou a ser o principal espaço de prática ambulatorial fora do hospital, em bairro próximo à universidade. Em 1984, o que era atividade extracurricular voluntária foi incorporada ao currículo, mediante estágios optativos em quatro Centros de Saúde (CS) para os acadêmicos do sexto ao nono semestre, sob supervisão de médicos contratados para trabalhar nesses locais com ensino médico” (Silvestre; Tesser; Da Ros, 2016, p. 384).

## INSPIRAÇÕES DO SUS

Figura 46: Rússia, Reino Unido, Itália, Brasil



Fonte: National Health Service russo

### Национальная служба здравоохранения<sup>3</sup>

Em 1917, Nikolai A. Semashko, que ocupava o cargo de Comissário do Povo para a Saúde Pública, na Rússia, “elaborou o primeiro serviço nacional de saúde, ampliando o princípio do sistema regionalizado de saúde para um sistema completo de serviços médicos e de Saúde Pública, mantidos pelo Estado e oferecidos a todo povo” (Navarro, 1984 *apud* Coelho, 1998, p. 100).

Figura 47: Nikolai A. Semashko



Fonte: Biblioteca Nacional da Noruega, de domínio público

3. *National Health Service* russo. Serviço Nacional de Saúde russo (tradução nossa),

São três seus princípios básicos do *National Health Service* russo: “a unidade na organização dos serviços de saúde [...]; a participação da população em todas as atividades de proteção da saúde e, em terceiro [e] as medidas de ações integradas (promoção, proteção, recuperação)” (Terris, 1980 *apud* Coelho, 1998, p. 103).

O *National Health Service* russo “se destaca pela cobertura universal, por ser gratuito, financiado por impostos, pessoal assalariado, regionalização dos serviços, participação dos cidadãos por meio de comissões permanentes de saúde ou conselhos locais; ênfase e prioridade na prevenção. Caracterizado por áreas geográficas e população definida permite a programação local com base na epidemiologia. A valorização da Unidade Local de Saúde polivalente, dinâmica, integrada aos ambulatórios ou centros e hospitais que forma a complexidade crescente é outro destaque máximo deste modelo, o qual seria inviável num sistema privado de seguro médico ou similares” (Terris, 1980 *apud* Coelho, 1998, p. 103).

Saúde social ou saúde da população é “[...] determinada pelo regime sociopolítico e pelas condições de vida que deste regime dependem (condições ambientais de vida, trabalho, descanso, alimentação, nível de instrução e cultura, proteção da saúde pública e outras) e condicionada pela influência integral dos fatores sociais e biológicos do meio ambiente, que se avalia pelos índices demográficos e características do desenvolvimento físico, morbidade e invalidez [...]” (Serenko; Ermakov, 1984, p. 15 - tradução nossa).

O ponto de partida do argumento de Mario Testa para o planejamento em saúde pode nos ajudar a entender a diferença entre o que é determinado e o que é condicionado. Este ponto de partida se chama Postulado de Coerência. Vejamos:

Postulado de coerência: “Os propósitos de uma instituição, os métodos que utiliza e a organização que assume deve ser coerentes [...] Em ciências sociais a relação de coerência expressa-se de dois modos: determinação e condicionamento. A relação de determinação é uma força positiva, favorável, que estabelece os limites dentro dos quais deve ocorrer um fenômeno. A relação de condicionamento é a de uma força impeditiva que limita o que pode acontecer” (Testa, 1985 *apud* Giovanella, 1989, p. 53).

Figura 48: Entrevista de Mário Testa concedida ao Instituto IDEP Salud



Fonte: Instituto IDEP Salud

Figura 49: Lígia Giovanella. Dissertação de Mestrado: Ideologia e poder no planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa, 1989



Fonte: CEE Fiocruz

### ***National Health Service (NHS)***<sup>4</sup>

O *National Health Service (NHS)* é uma das políticas de proteção social do Plano Beveridge, proposto em 1942 por uma equipe ministerial liderada por William Beveridge, professor de Ciências Econômicas da Universidade de Londres, com o objetivo de planificar o dever do pós-Segunda Guerra britânico (Lima, 1957).

4. Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (tradução nossa).

Fundamentando-se na ideia de previsibilidade – a necessidade de reconstrução nacional exigiria amplas reformas econômicas e sociais, além de acesso universal a tratamentos médicos –, o Plano apontou para a construção de um *NHS* como suporte para a proteção social que a Inglaterra vislumbrava, antes mesmo do final da Guerra (Bevan, 1948).

A forma que a proteção social assumiria era de uma ampla política nacional, que agregasse e se relacionasse com os mais diversos serviços vinculados à satisfação das necessidades humanas (Rosanvallon, 1997).

“Churchill, [...] preocupado em vencer a Segunda Guerra Mundial, não pôde pôr em prática o Plano Beveridge” (Lima, 1957, p. 130).

The *British National Health Service* (NHS): de caráter público e universal. Em 1945, o Partido Trabalhista Britânico, que havia conquistado o poder, nomeou Aneurin Bevan para o cargo de Ministro da Saúde. O Plano Bevan pretendeu um serviço nacional de saúde totalmente regionalizado e nacionalizado; um serviço tripartite de administração pública, a ser operado pelo Ministério da Saúde, hospitais municipais nacionalizados e autoridades locais de saúde pública (*Local Health Authorities*). Em sua implantação, em 1948, incorporou “o ideal de que a proteção social deve ser um direito de cidadania e que estes benefícios sociais devem ser distribuídos igualmente, independentemente da capacidade de pagamento de cada um [...]” (Immergut, 1992, p. 51).

“Nenhuma sociedade pode legitimamente se chamar civilizada se a uma pessoa for negada ajuda médica por causa de falta de meios” (Bevan, 1952 *apud* Harrington, 2019).

Figura 50: Aneurin Bevan



Fonte: National Portrait Gallery, de domínio público

## **Servizio Sanitario Nazionale (SSN)<sup>5</sup>**

Entre o pós-Guerra e os anos 60, a Itália “enfrentou a sua reconstrução nacional, sem vivenciar o *welfare state* como os países social-democratas europeus” (Berlinguer, 1997) e conviveu com “a evolução do perfil demográfico da população, o incremento das necessidades de saúde e o endividamento do mutualismo fortemente fragmentado em inúmeras operadoras de planos e seguros” (Lima *et al.*, 2009, p. 121).

Em 1965, Giovanni Berlinguer, médico sanitaria italiano, havia elaborado uma proposta de reforma sanitária, onde previa “um serviço sanitário articulado por todo território nacional em 2.118 Unidades Sanitárias Locais e a substituição do princípio de seguridade de doença pelo princípio de seguridade social” (Cosmacini, 2005, p. 491). A proposta não foi priorizada pelo Parlamento (Teixeira, 1989) que decidiu por uma Reforma Hospitalar, em 1968, “para oportunizar a entrada dos hospitais autônomos em substituição às instituições públicas de assistência e beneficência” (Cavicchi, 2005) (Lima *et al.*, 2009, p. 121).

Figura 51: Giovanni Berlinguer



Fonte: Senado da República de Itália, 2006

“Essa reforma gerou uma complexa crise hospitalar e, dez anos após, em dezembro de 1978, eclodiu uma ampla mobilização social por uma reforma sanitária, com a participação de milhares de pessoas da sociedade civil, principalmente trabalhadores (Berlinguer; Teixeira; Campos, 1988). Nesta Reforma, é conquistado o *Servizio Sanitario Nazionale* (SSN), trinta anos depois de promulgada a Constituição que, em seu art. 32, dispõe: “Art. 1º: 'A República tutela a saúde como direito fundamental do indivíduo e interesse da coletividade mediante o serviço sanitário nacional [...]” (Itália, 1978) (Lima *et al.*, 2009, p. 121).

5. Serviço Sanitário Nacional da Itália (tradução nossa).

ANDRESSA TELINO DA COSTA DE AGUIAR  
ARTHUR ANESI NICOLAU  
ARTHUR HENRIQUE DE MORAES GOETTEN  
ARTHUR WAINSTEIN PAIVA  
BEATRIZ CAMILO KLEIS  
BRUNA ROLDO  
CAMILA FERNANDA DO N. GELHARDT  
CAROLINA VORPAGEL STEYER  
DÉBORA BALBINOT GIACOMELLI  
EDUARDA STOEBERL HOLZ  
ELOÍSA KMIECIK  
ENZO FORTE TRAUTWEIN  
FELIPE MOREIRA HOFFMANN  
GIOVANNI MARTINS MISTURINI  
ISABELLA CHRISTINA DE A. MATTOS  
ISMAEL LEVI PEREIRA COSTA  
JUAN ERICK CARMESINI CÔTA  
KAMILLY VITÓRIA PEREIRA DE ALMEIDA  
KARLA DIAS GRATIS PAIVA  
LARISSA RICHARTZ  
LAURA MEDEIROS D'AMBROSO  
LAYSA SCHROEDER BRAND  
LEONARDO STAHELIN DA SILVA  
LUCAS PATISSI VEGINI  
MARIA ANTÔNIA SCHAUFFERT P G  
MARIA CLARA DAGRAVA SOARES BRITO  
MARIA CLARA MARCHIORI MAFRA  
MARIA CLARA TREVISAN PICCINI  
MARIA EDUARDA DA ROCHA PEREIRA  
MARIA LUISA RIBEIRO DOS SANTOS

MARIA LUIZA VIVAN DOS SANTOS

MELLINA FERREIRA OECHSLER

MURILO REIS DE MENEZES NETO

PAULO VICTOR RODRIGUES FERREIRA

RHÍLLARY GABRIELLY C. DE OLIVEIRA

RONALDO KLUG JUNIOR

RUAMA GABRIELLE GAZANIGA

SOFIA NORONHA FERRARI

SOFIA REIS DADAM

SOPHIA THOMASSEN

THOR PINHEIRO SANDRI DA SILVA

VICTORIA MALHERBI DOS S. ANDRADE

VINÍCIUS ANACLETO CASSANEGO

RITA DE CÁSSIA GABRIELLI SOUZA LIMA