

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE HISTÓRIA**

UMA HISTÓRIA DOS INSTITUTOS NACIONAIS DE SAÚDE NO BRASIL

ROSÁLIA CARRILHO DANTAS DA SILVA

**NATAL
2007**

ROSÁLIA CARRILHO DANTAS DA SILVA

UMA HISTÓRIA DOS INSTITUTOS NACIONAIS DE SAÚDE NO BRASIL

Trabalho monográfico apresentado ao Departamento de História da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob a orientação do professor Raimundo Nonato Araújo da Rocha, como requisito parcial para a conclusão do curso de licenciatura e bacharelado em História.

**NATAL
2007**

ROSÁLIA CARRILHO DANTAS DA SILVA

UMA HISTÓRIA DOS INSTITUTOS NACIONAIS DE SAÚDE NO BRASIL

Monografia apresentada à Banca Examinadora do curso de História da Universidade Federal do Rio Grande do norte em 18 de dezembro de 2007.

Prof. Raimundo Nonato Araújo da Rocha
(Depto. de História / UFRN)
Orientador

Profa. Dalva Horácio
(Depto. de Serviço Social / UFRN)
Examinadora

Prof. André Gustavo Mendes Barbosa
(Depto. de História / UFRN)
Examinador

Agradecimentos

A realização deste trabalho contou com o apoio e estímulo de muitas pessoas: professores, familiares e amigos.

Aos meus Pais Raimunda e Cícero, figuras ímpares na minha formação, responsáveis pelo meu caráter e existência.

Ao prof. Raimundo Nonato Rocha, meu orientador, pelo incentivo, crédito e paciência diante da idéia de analisar a formação dos institutos nacionais de saúde.

À prof.^a Aurinete Girão pela presteza e dedicação para com “seus filhos do curso de história”

Aos amigos Cláudia Córdula, Dinária Cristina, Pedro Pinheiro e Sarah da Mata. Eles estiveram presentes na minha vida acadêmica na condição de estimados e dividiram agruras e conquistas ao longo do curso de História.

Ao fiel amigo Enoque Vieira, pela atenção dada às minhas inquietudes tanto no decorrer do meu curso, quanto nas questões relativas a conquista de um trabalho.

À Rosilene Carrilho, minha irmã única.

Aos meus sobrinhos Murilo e Artur, que contribuíram com este trabalho por meio da presença constante no meu cotidiano. Eles mantêm acesa a chama do meu referencial de família e de carinho.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
CAPÍTULO I: O surgimento dos Institutos Nacionais de Saúde.	12
CAPÍTULO II: O INPS e a centralização da saúde e previdência.	25
CAPÍTULO III: O SUS e separação entre saúde e previdência.	35
CONCLUSÃO:	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46

LISTA DE SIGLAS

AIS:	Ações Integradas de Saúde.
CAP:	Caixa de Aposentadorias e Pensões.
CDS:	Conselho do Desenvolvimento Social.
CEBES:	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde.
CEME:	Central de Medicamentos.
CLPS:	Consolidação das Leis da Previdência Social.
CNS:	Conferência Nacional de Saúde.
CONASP:	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária.
DATAPREV:	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social.
DNC:	Departamento Nacional da Criança.
DNSP:	Departamento Nacional de Saúde Pública.
FAS:	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social.
FGTS:	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço.
FUNABEM:	Fundação Nacional do Bem Estar do Menor.
FUNRURAL:	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural.
FNS:	Fundação Nacional de Saúde.
IABC:	Instituto de Aposentadoria dos Bancários.
IAPAS:	Instituto de Administração Financeira da Previdência Social.
IAP's:	Institutos de Aposentadorias e Pensões.
IAPC:	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes.
IAPE:	Instituto de Aposentadorias e Pensões da Estiva.
IAPETEC:	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas.
IAPI:	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários.
IAPM:	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos.
INAMPS:	Instituto de Assistência Médica e Previdência Social
INPS:	Instituto Nacional de Previdência Social.
IPASE:	Instituto de Assistência Médica dos Servidores Público Federais.
LBA:	Legião Brasileira de Assistência.
LOPS:	Lei Orgânica da Previdência Social.
MS:	Ministério da Saúde.
MRSB:	Movimento de Reforma Sanitária Brasileira.
MESP:	Ministério da Educação e Saúde Pública.
MPAS:	Ministério da Previdência e Assistência Social.
PASEP:	Programa de formação do Patrimônio do Servidor Público.
PIASS:	Plano de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento.
PIS:	Programa de Integração Social.
PPA:	Plano de Pronta Ação.
SESP:	Serviço Especial de Saúde Pública.
SINPAS:	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SAMDU:	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência.
SAMHPS:	Sistema de Assistência Médico-hospitalar da Previdência Social.
SNS:	Sistema Nacional de Saúde.
SUCAM:	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública do Ministério da Saúde.
SUDS:	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.
SUS:	Sistema Único de Saúde.

O SUS é de 1990 (Lei 8080)
A Constituição de 1988 sancionou como
INTRODUÇÃO direito de todos e
dever do Estado.

Este trabalho tem por objetivo analisar como ocorreu a formação e a consolidação da política nacional de saúde no Brasil. Para realizar nossa meta, estudaremos o período compreendido entre 1930 – quando foram criados os primeiros institutos nacionais de saúde – e 1980 – quando o Governo Federal instituiu o SUS e a saúde como direito de todos e dever do Estado. Este construiu um discurso oficial de que uma política de saúde pública estava sendo instituída para todos os brasileiros em todo o território nacional.

No Brasil as primeiras iniciativas de atendimento coletivo da população, no que se refere à saúde, ocorreram associadas a Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP). A primeira medida legal que estabeleceu essas caixas foi a Lei Eloi Chaves, promulgada pelo presidente Arthur Bernardes em 24 de janeiro de 1923. Por essa Lei, as Caixas de Aposentadorias e Pensões seriam criadas em empresas ferroviárias e com o intuito de oferecer aos assegurados os serviços de assistência médica e doação de medicamentos, bem como organizar um plano de aposentadorias e pensões. Posteriormente, houve a ampliação das categorias com a CAP. Assim, em 1926, a Lei nº. 5.109 estendeu a medida aos gráficos e marítimos, e em 1929 aos telegráficos e radiotelegráficos.

Ao assumir o poder, em 1930, Vargas alterou as estruturas administrativas do país. A sua idéia era de que o Brasil precisava se modernizar, incorporando avanços importantes na área social e divulgando o pensamento de que se fazia necessário a implementação de ações oficiais, que ultrapassassem os interesses oligárquicos locais e atendessem o país como um todo.

Essa reestruturação administrativa estava diretamente ligada a redefinição do papel do Estado na sociedade brasileira. O Estado que, até então, tinha sido mero

aparelho de sustentação das oligarquias locais, passou a ser percebido – no discurso varguista – como um poder capaz de conduzir os interesses nacionais.

Na tentativa de consolidar políticas nacionais, Vargas criou por meio do Decreto nº. 19.433 de 26 de novembro de 1930, o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, que tinha como uma das atribuições orientar e supervisionar a Previdência Social, inclusive como órgão de recursos das decisões das Caixas de Aposentadorias e Pensões.

Na mesma perspectiva de centralização das políticas, Vargas instituiu o Decreto nº 20.465, de 1º de outubro de 1931, estendendo o Regime da Lei Elói Chaves aos empregados dos demais serviços públicos, concedidos ou explorados pelo Poder Público, além de consolidar a legislação referente às Caixas de Aposentadorias e Pensões.

Nessa mesma linha de ação, em 29 de junho de 1933, o Decreto nº 22.872 criou o *Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos*, marca importante na consolidação de uma ação coletiva para a previdência e para a saúde. Por esse Decreto, criava-se a primeira instituição brasileira de previdência social de âmbito nacional, com base na atividade genérica da empresa.

Entre os anos 1930 e 1960 uma série de medidas foram adotadas com o intuito de centralizar as políticas de previdência e saúde, vistos até então como setores associados. Nesse período ocorreu o fortalecimento de debates sobre o tema, coordenados muitas vezes pelo próprio Estado.

De 1960 a 1980 ^{o debate sobre o direito à saúde} os direitos à saúde foram gradativamente deixando de ser percebidos como um benefício do estado e passaram a ser identificados como uma obrigação do poder público para com a população. Paralelamente também se fortaleceu a idéia de que a saúde e a previdência eram temas específicos e que, portanto,

precisavam ser tratados como tal. A criação do SUS foi um marco significativo para a compreensão desse processo.

Estudar um tema como esse é de fundamental importância nos tempos contemporâneos, marcados pelos intensos debates sobre o sistema de saúde pública no Brasil. A imprensa e a comunidade em geral constantemente têm denunciado a má qualidade da saúde pública; as filas intermináveis; o sucateamento dos postos, dos pronto-socorros e dos hospitais. Diante dessa situação, como historiadores do contemporâneo precisamos nos libertar do presente e procurar entender como se constituiu esse sistema de saúde brasileiro.

A idéia de estudar a saúde surgiu a partir da disciplina História do Brasil III. Nessa disciplina pudemos perceber que a saúde passou a ser consolidada como discurso e prática a partir do século XIX. Também foi possível perceber a importância da modernidade na fixação de um padrão de saúde. A partir da disciplina confrontamos as vivências concretas que tivemos ao buscar médicos e hospitais para atender nossas famílias em situações das mais diversas. Com base nessas questões passamos a nos interessar como, historicamente, foram construídas e consolidadas as políticas nacionais de saúde no Brasil.

Buscando atingir nosso objetivo, de analisar, procuramos inicialmente mapear a produção sobre o tema. No Núcleo de Estudos Históricos – que abriga as monografias produzidas pelo curso de História – não encontramos nenhum trabalho destinado à saúde. Nos trabalhos de Serviço Social, Enfermagem e Medicina, também não encontramos trabalhos preocupados com a história da saúde pública.

Em âmbito nacional encontramos referências fragmentadas sobre o tema. Vários autores discutem a temática, mas nenhum deles se preocupa especificamente com a sistematização de uma história da saúde pública oficial. Diante dessa situação

resolvemos aceitar o desafio e construir um trabalho sobre a história das políticas de saúde a partir de uma bibliografia produzida sobre o tema.

Para construir nossa investigação foi fundamental a reflexão de autores que tratam das políticas públicas destinadas a saúde no Brasil, entre os quais destacamos Aloísio Mercadante, Sérgio Arouca, Maria Luíza do Amaral Rizotti, Maria Inês Souza Bravo e Marília Coser Mansur.

Três conceitos foram fundamentais para a elaboração do trabalho: saúde pública, institutos e previdência social. Por Saúde entendemos, tal como indica Aroca, uma condição em que um indivíduo ou grupo de indivíduo é capaz de realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar ou enfrentar o ambiente.

O Ministério da Saúde conceitua a saúde como a aplicação dos conhecimentos médicos ou não, com o objetivo de organizar sistemas de saúde, atuar em fatores determinantes do processo saúde-doença, e impedir a incidência de doença nas populações.

Segundo o Ministério da Previdência Social; Previdência Social é um conjunto de políticas sociais cujo fim é amparar e assistir o cidadão e sua família em situação de morte, doença, velhice e desemprego. Institutos são estruturas que agrupam funções e órgãos, para gerenciamento de serviços.

Este trabalho está dividido de acordo com a evolução dos Institutos Nacionais de Saúde, estruturado em três capítulos. O primeiro descreve o processo de criação e mudança dos institutos nacionais de saúde, identificando o momento histórico em que surgiram, sua estruturação, as competências e os principais institutos criados. Nessa descrição procura mostrar como foram elaboradas as políticas direcionadas para saúde e para a assistência social do Brasil. O capítulo procura abarcar um momento histórico

A estruturação iniciou com o SUS 11

desde os anos anteriores a 1930 até os anos de 1980, quando foi estruturado o Sistema Único de Saúde (SUS). *na foto em 1980, mas 1990 em 1980 termo //*

O segundo capítulo analisa especificamente o surgimento do INPS – Instituto Nacional de Previdência Social –, órgão surgido em novembro de 1966 com a responsabilidade de uniformizar e centralizar a Previdência Social no país. A idéia de estudar o INPS de forma particular está vinculada a necessidade de compreender o processo de enfraquecimento dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) em razão do aumento das classes trabalhadoras. Foi a partir da criação do INPS que o país buscou procurar dar rumo ao processo de centralização da saúde.

O terceiro capítulo analisa a criação do SUS como uma proposição da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) e uma deliberação da Carta Magna de 1988. Mostraremos que o SUS significou, ao mesmo tempo, a definitiva separação entre saúde e previdência e um mecanismo concreto capaz de centralizar a saúde no país. A criação do SUS unificou formalmente as estruturas do setor da saúde. Dessa forma, passaram a compor um único sistema, pelo menos teoricamente, de abrangência nacional, os hospitais universitários – ligados ao Ministério de Educação – os hospitais públicos, as unidades de saúde dos estados e municípios e a rede privada conveniada.

e filantrópica

- centralização era o INPS (tudo era decidido em

Capítulo 1: O surgimento dos Institutos Nacionais de Saúde no Brasil

Seguridade social é um conjunto de ações realizadas pelos poderes públicos com o intuito de assegurar a saúde, a previdência e a assistência social da população. Esse conceito amplo fez com que durante muito tempo esses três campos de ação fossem trabalhados como uma única ação. No Brasil, particularmente, apenas nas últimas décadas do século XX o Estado passou a atuar de forma específica nas áreas da saúde e da previdência. Após instaurada a República, saúde e previdência estavam diretamente associadas. Existia uma política de atrelamento dessas duas áreas de atuação.

A seguridade social surgiu no Brasil por meio da Lei Nº. 4.682 de 24 de janeiro de 1923, de autoria do deputado Eloy Chaves e promulgada pelo então presidente Arthur Bernardes. Por essa Lei foi instituído o sistema de Caixa de Aposentadorias e Pensões – CAP. Esse sistema tinha por objetivo atender a categorias de trabalhadores. Os primeiros trabalhadores que formaram sua CAP foram os ferroviários, sendo seguidos na iniciativa pelos marítimos e estivadores.

Até a década de 1920 a preocupação do governo brasileiro com a saúde pública limitava-se a realização de campanhas para combater epidemias de doenças infecto-contagiosas. Nesse sentido, ganhavam destaque às campanhas contra lepra, tuberculose, cólera e doenças sexualmente transmissíveis. O Estado supunha que a sua atuação na área de saúde pública deveria se restringir a campanhas de prevenção voltadas, sobretudo, a uma determinada parcela da população denominada de indigente. Para tanto, essas campanhas se concentravam em áreas específicas destacando-se o Norte e o Nordeste do país.

Segundo HOCHMAN e FONSECA¹, a instituição das CAPs foi um marco inicial da política de previdência social no Brasil, que viabilizavam um esquema de previdência e

¹ HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M.O. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In; PANDOF, Dulce. (Org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

saúde, sem a participação financeira do Estado. As CAPs foram os embriões do sistema previdenciário – tendo em vista que seus serviços envolviam aposentadorias por tempo de serviço, por idade e por invalidez; pensão para dependentes (todos esses serviços proporcionais as contribuições pagas) e auxílio funeral – mas as suas atribuições atingiam também a assistência médico-curativa e o fornecimento de medicamentos.

As CAP's eram administradas por um colegiado composto por empregados e empregadores, sem a representação do Estado. Eram instituições frágeis financeiramente e prestavam um atendimento precário aos seus segurados. Todavia, uma parcela expressiva da população não tinha acesso nem as CAP's, nem a qualquer tipo de assistência, sobretudo os habitantes da zona rural.

Almejando fortalecer a organização administrativa federal e introduzir medidas de racionalização,² Vargas adotou a Reforma Administrativa. Entre as medidas dessa reforma estava a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensão (IAP's). Esses institutos tinham uma estrutura administrativa formada por um colegiado que *tinha um representante do Estado*. Na prática deixavam de existir o sistema fragmentário das CAP's e o Estado passava a interferir nas ações de saúde e previdência.

Entretanto, é importante destacar que, assim como as CAPs, os IAPs agregavam um conjunto da população de um dado ofício ou setor de atividade. Os recursos financeiros dos IAPs, administrados pelos representantes dos trabalhadores, eram captados através de um desconto salarial compulsório. Tais recursos criavam um fundo de investimento que gerava excedentes necessários para pagar aposentadorias e pensões.

Nesse contexto surgiram diversos IAP's: em 1934 foi criado o IAPM (destinado aos marítimos) e, em 1936, o IABC (para os bancários) e o IAPC (para os comerciários) o IAPI (industriários). Ainda em 1936 ocorreu uma tentativa de reorganização de algumas

² HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M.O. O que há de novo? Políticas de Saúde Pública e Previdência. 1937-47. In; PANDOF, Dulce (Org) *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: FGV, 1999. p. 81

CAP's, que deram origem ao IAPE (trabalhadores da Estiva) e IAPETEC (empregados em Transportes e Cargas).

Paralelamente a criação dos IAPs a Reforma de Gustavo Capanema, adotada Em 1937, também trouxe mudanças importantes para a saúde. Foi essa reforma que garantiu a instalação das Delegacias Federais de Saúde (DFS) e instituiu as Conferências Nacionais de Saúde (CNS)³. Esses dois órgãos de caráter deliberativos das políticas públicas nacionais eram formados por delegações de todos os estados e tinham por objetivo discutir os temas da saúde pública do país.

A criação dos IAPs, das CNS e das DFS evidenciaram importantes mudanças ocorridas na saúde brasileira na década de 1930. Segundo BRAVO⁴ essa década representa um marco na trajetória da política social brasileira, uma vez que a questão social passou a receber um tratamento bastante diferenciado em relação à República Velha. Para a autora o governo getulista transformou os problemas sociais em área de interesse prioritário.

Foi a partir da década de 1930 que a legislação nacional passou a expressar as primeiras preocupações em diferenciar a Previdência da Assistência Social, bem como passou a definir *os limites orçamentários máximos para as despesas com assistência médico-hospitalar e farmacêutica*⁵.

Concomitantemente a essa situação ocorreu a expansão das escolas de medicina e da demanda estudantil por vagas nestas instituições. Todavia, observando-se o montante de verbas destinadas à prática hospitalar no período, é possível evidenciar que o poder público estava longe de propor políticas públicas efetivas destinadas à área da saúde.

³ No ano de 1941, durante a gestão Capanema, foi realizada a primeira CNS. Nesse evento foram deliberadas as bases da estruturas dos programas propostos para a Saúde pública brasileira.

⁴ BRAVO, Maria Inês Souza. Políticas de Saúde no Brasil. **Serviço social e saúde: Formação Profissional**. p. 09.

⁵ BRAVO, Maria Inês Souza. Políticas de Saúde no Brasil. **Serviço social e saúde: Formação Profissional**. p. 12.

Segundo MERCADANTE, *apesar do atendimento médico ser uma das prerrogativas dos beneficiários da Previdência [...], [os recursos destinados aos] IAP's revelaram que os serviços de saúde tinham importância secundária e restrições que variavam de órgão pra órgão.*⁶ O autor deixa evidente que a Previdência, instituída nos padrões varguistas, estava mais voltada para a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços.

Almejando o atendimento específico da criança, Vargas instituiu, na década de 1930, o Departamento Nacional da Criança (DNC). A preocupação do estado brasileiro com a criança se vinculava ao desejo de se formar uma futura geração de brasileiros. O novo órgão teria a função de coordenar as atividades nacionais que envolvessem a proteção à criança, à maternidade, à adolescência, além de promover – segundo SOUZA⁷ - estudos que apoiassem e orientassem a criação e manutenção de entidades públicas ou particulares destinadas a promover a cooperação entre os poderes federal, estadual e municipal, bem como fiscalizar em todo o território nacional as atividades ligadas à infância.

Além de organizar institutos nacionais para a saúde, de criar um organismo próprio para a criança, Vargas também se preocupou com a formação dos profissionais da área. Segundo LEMPECK⁸, nos anos 1940 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNP) que assumiu os serviços de saúde já existentes e se responsabilizou pela formação dos técnicos em saúde pública que atuariam em campanhas sanitárias.

Em 1942, durante a Segunda Guerra Mundial, numa parceria com o governo dos Estados Unidos, representado pela **Fundação Rockefeller**, foi criado o Serviço Especial de Saúde (SESP). Esse serviço consolidou uma política nacional de saúde, que se esboçava desde a década de 1930. Segundo BRAVO, o SESP teve uma política de atuação no espaço

⁶ MERCADANTE, Otávio de Azevedo. *Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil*.p.273.

⁷ SOUZA, Cíntia Pereira. *Saúde, educação e trabalho de crianças e jovens*. p. 229.

⁸ LEMPECK, Isadora da Silva. *Evolução Histórica das políticas de saúde no Brasil 1920-1990*.p.03

geográfico distantes dos centros urbanos, ele foi pioneiro na atenção básica domiciliar, atendendo prioritariamente populações excluídas, tanto introduzindo inovações na assistência médico-sanitária, quanto implantando redes hierarquizadas de atenção integrada à saúde, o que possibilitava a ação dos serviços preventivos e curativos. Além disso, o órgão cuidava da capacitação de pessoal em saúde pública e avaliava a atuação dos profissionais da área.

No segundo governo de Vargas, no ano de 1949, foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). Esse serviço instituiu o atendimento médico domiciliar até então inexistente para o setor público, embora prática comum no setor privado⁹. Trouxe ainda o fornecimento de serviços médicos, o financiamento dos consorciados entre os IAP's e principalmente o atendimento universal ainda que limitado aos casos de emergência. O SAMDU tinha por função fazer o transporte do indivíduo para o hospital mais próximo.

Em 1953 a saúde e a educação passaram a ser ministérios separados. Com isso o Ministério da Saúde ganhou autonomia e criou um sistema composto por vários hospitais e ambulatórios próprios, além de fundações e institutos – como a Fundação Oswaldo Cruz – Era de responsabilidade desse sistema os programas contra Tuberculose, de dermatologia, de saúde mental, de câncer, de atenção materna infantil e de atividade de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental¹⁰. A partir da criação do Ministério da Saúde, ele passou a gerenciar a política de serviços de saúde oferecidos à população. Isso significa que esse órgão passou a custear os serviços médicos e previdenciários

Na década de 1960, a situação da saúde e da previdência ganhou um padrão inovador. A aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS)¹¹ uniformizou as regras de organização institucional, criando um padrão de assistência médica e previdenciária

⁹ Esse serviço era comum no setor privado considerando que os institutos nacionais de saúde e previdência tinham por características comuns atender seus beneficiários dentro de uma organização de cotas de pagamentos.

¹⁰ MANSUR, Marília Coser. **O Financiamento Federal da Saúde no Brasil: Tendências da década de 1990**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde. 2001.

¹¹ Lei nº. 3807 de 26/08/1960, regulamentada pelo Decreto nº. 48959.

muito
bom

em todo o país. Foi com base nessa Lei que o governo de João Goulart criou, em 1963, o FUNRURAL (Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural), com a função de prestar assistência ao trabalhador do campo. No bojo das discussões sobre a Lei Orgânica da Previdência Social ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde, que teve como elemento norteador as críticas feitas aos modelos de assistência vigentes.

Em 1964, com base na LOPS, foram criados fundos de assistência entre eles o FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço), o PIS (Programa de Integração Social), e o PASEP (Programa de formação do Patrimônio do Servidor Público). Esses fundos uniformizaram os benefícios concedidos as formas de contribuição e os procedimentos administrativos dos institutos.

Em novembro de 1966, surgiu o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que passou a concentrar todas as contribuições financeiras previdenciárias. O INPS passou a gerir todas as aposentadorias e pensões existentes no país, bem como controlar a assistência médica de todos os trabalhadores.

O Governo ao optar pela unificação da arrecadação previdenciária, aumentou consideravelmente o montante de recursos por ele administrados. Assim, segundo COHN e ELIAS, a previdência, especificamente, passou a ter uma fonte de arrecadação *quase igual ao orçamento nacional, mas seu perfil ainda era assistencialista e não tinha nenhum controle das classes assalariadas.*¹²

O surgimento do INPS – e a conseqüente centralização dos recursos previdenciários – fazia parte da política dos governos militares de centralização e estatização. O Estado passava a controlar os recursos públicos e a gerenciar as políticas sociais. Para efetivar essa política, o Governo Militar estabeleceu convênios e parcerias com os Estados Unidos. A meta explicitada nesses convênios era garantir o desenvolvimento do Brasil.

¹² COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. *Saúde no Brasil: Políticas e organização dos serviços*. São Paulo: Cortez; 1996. p. 102..

Estado mencionado, m
chegar a ser do Bem estar

Inserido nos padrões desejados de centralização – do poder e dos recursos – o Regime Militar procurou legitimar legalmente sua ação. Nesse sentido, a Constituição de 1967 definia que era competência da União estabelecer e executar os planos nacionais de saúde, bem como legislar sobre as normas gerais da defesa e da proteção da saúde.¹³

A atenção do Estado Militar ao setor da previdência/saúde, explicitado na Constituição de 1967, evidencia uma preocupação em controlar recursos e gerenciar as políticas sociais. Nesse processo de gerenciamento o Estado preocupou-se também com a formação de profissionais na área de Saúde Pública, criando – por meio do Decreto-lei nº. 200 de 1967 – subsídios, que possibilitariam o funcionamento das Universidades, destinados a formação desses profissionais.

A ação do Estado Militar no setor de saúde e de previdência evidencia a fragilidade das políticas públicas elaboradas até então para esses setores. Os militares passaram a perceber a saúde e a previdência como vias de organização política governamental, ora realizando o atendimento médico-hospitalar (ainda que precário) e a medicina preventiva; ora atuando na previdência social, tendo por principal característica a aposentadoria.

Segundo MANSUR¹⁴, a política dos militares para a saúde e a previdência era uma ação voltada para a regulação da cidadania. Ao adotar tais políticas o estado sintonizava-se com o desenvolvimento urbano, acompanhando as modificações da sociedade industrial. Era meta do capital internacional, criar mecanismos mínimos de assistência ao trabalhador urbano e, em sincronia com essa diretriz, o Regime vigente procurou desenvolver suas ações. Dessa forma, pode-se afirmar que a ampliação dos direitos para o trabalhador urbano, já presentes no Governo Vargas, só foram regulamentados pela Constituição de 1967 em razão da conjuntura favorável.

¹³ LEMPECK, Isadora da Silva. **Evolução Histórica das políticas de saúde no Brasil: 1920-1990**.p.03

¹⁴ MANSUR, Marília Coser. **O Financiamento Federal da Saúde no Brasil: Tendências da década de 1990**. p.12

o quem eram os excludidos?

*Graves no acesso
contínuo*

Entretanto, a política dos Governos Militares para a saúde e a previdência não conseguiu pleno sucesso. Isso pode ser detectado na análise da V CNS, realizada em 1975.

Naquele evento ficou patente a crise do sistema de saúde brasileiro, bem como dos modelos assistências adotados. Vivia-se um momento marcado pela forte pressão da população urbana por políticas para o setor, o que deixava claro a inoperância das diretrizes e práticas adotadas. *onde*

Assim, a V CNS recomendou a regionalização dos serviços e hierarquização em níveis de complexidade crescente, visando descentralizar a prestação dos serviços de saúde e racionalizar o uso da máquina pública. O que se pretendia era que os recursos humanos fossem melhor empregados e a população tivesse acesso a uma assistência médica e previdenciária básica.

Seguindo as indicações da V CNS, o Estado aprovou a Lei de nº. 6439/77 que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência a Saúde (SINPAS). Esse órgão vinculado ao MPAS, tinha por finalidade integrar as seguintes funções: concessão e manutenção de benefícios; prestação de serviços; custeio de programas; gestão administrativa e financeira. A partir do SINPAS foi originado o Sistema Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), que passou a centralizar os recursos humanos e financeiros da saúde e da previdência.

A criação do INAMPS possibilitou a subdivisão do sistema de saúde e previdência no Brasil. Para tanto esse sistema se organizava em torno de cinco órgãos, além de uma rede de estabelecimentos privados contratados pelo poder público. Os órgãos que compunham esse sistema eram os seguintes: o próprio INAMPS, a CEME (Central de Medicamentos), O Sistema do Ministério da Saúde; Sistema dos Militares e Servidores Públicos Federais e o Sistema de cada estado e cada município,

O INAMPS passou a controlar os estabelecimentos de saúde de propriedade do Estado – entre eles os hospitais e os postos de assistência médica; a CEME passou a

pesquisar, produzir e distribuir medicamentos; o sistema do Ministério da Saúde, composto por estruturas hospitalares e ambulatoriais próprias, além de controlar institutos – como a Fundação Oswaldo Cruz e a SUCAM – encarregadas de elaborar tanto programas contra tuberculose, problemas dermatológicos, problemas de saúde mental, câncer, quanto programas de atenção materno infantil, de vigilância sanitária e epidemiológica, de educação ambiental; o Sistema dos Militares e Servidores Públicos, formado por sistemas de saúdes próprios – dentre eles podemos citar o IPASE; e o Sistema dos Estados e Municípios.¹⁵

Ainda na década de 1970 surgiu o Plano de Pronta Ação (PPA) e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). Esses dois programas foram implementados para enfrentar a crescente demanda da medicina curativa. O FAS realizava os empréstimos, com juros subsidiados, para melhorar a infra-estrutura dos hospitais privados que em troca credenciavam-se no INPS para o atendimento à população. Já o PPA desburocratizou o atendimento ao assegurado¹⁶ e permitiu o atendimento ~~ambulatorial~~ ^{HOSPITALAR} a toda população nos casos de urgência.

Nesse período foi organizado o Sistema Nacional de Saúde (SNS)¹⁷. A idéia desse sistema era oferecer saúde coletiva para toda a população. Porém a assistência médica e a previdência social previstas no SNS tinham suas limitações, sendo um direito exclusivo do trabalhador contribuinte.

Em 1977 foi instituindo o SINPAS¹⁸, órgão composto pelas seguintes instituições: INPS, INAMPS, Fundação LBA, FUNABEM, DATAPREVE, IAPAS e a CEME. Segundo CORDONI JÚNIOR e PAULUS JÚNIOR¹⁹, a criação do SINPAS foi indicação de que o governo reconhecia a necessidade de estruturar uma rede de serviços básicos. A partir do

¹⁵ MANSUR, Marília Coser. **O Financiamento Federal da Saúde no Brasil: Tendências da década de 1990**.p 118.

¹⁶ Só tinha acesso ao INPS o trabalhador (com os seus dependentes) seletista com a carteira devidamente assinada

¹⁷ Regulamentado pela Lei 6229/75

¹⁸ O SINPAS foi instituído pela Lei 6439/77

¹⁹ CORDONI JÚNIOR, Luiz; PAULUS JÚNIOR, Aylton. **Políticas Políticas Públicas de Saúde no Brasil**.p.15.

ficando o financiamento dos casos mais complexos com plan
a cargo da União e

21

SINPAS o governo também passou a defender a necessidade de distribuição dos problemas de saúde, ficando a cargo da União os casos mais complexos e dos municípios e estados os atendimentos secundários e terciários.

serviços de alta complexidade

Com o processo de redemocratização do país, tornaram-se temas centrais de discussão os institutos nacionais de saúde. A VII CNS propôs novas diretrizes para a saúde brasileira. Influenciado por essas diretrizes, o INAMPS passou a gerenciar um programa denominado de PREVSAÚDE, que era voltado para a assistência primária da população. Porém, diante da situação de crise da previdência – destacadamente no início da década de 1980 – esse plano foi deixado de lado.

As discussões da VII CNS abordaram à saúde como direito universal, defendendo a tese do acesso igualitário à saúde, a descentralização do sistema e uma ampla participação da sociedade no gerenciamento dos recursos da área. Seguindo esse princípio foi criado em 1982 o Plano de Reorientação da Assistência no âmbito da Previdência Social. Elaborado pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), esse Plano foi criado para racionalizar as ações de saúde.²⁰

O plano do CONASP interferiu nos gastos com os serviços hospitalares – buscando medidas de racionalização – e na qualidade da prestação dos serviços contratados. Ainda no ano de 1982 o Estado firmou convênios trilaterais, com o principal objetivo dar condições de universalização e acessibilidade dos serviços de saúde a população em geral.

Os convênios estimulavam a gestão colegiada, nas mais diversas esferas do Governo e obrigava os municípios a assumirem a responsabilidade como “porta de entrada do sistema” de saúde. Segundo MENDES esse foi o primeiro passo para a descentralização dos recursos e posteriormente a do próprio sistema de saúde²¹.

²⁰ CORDONI JÚNIOR, Luiz; PAULUS JÚNIOR, Aylton. Políticas Públicas de Saúde. P. 16

²¹ MENDES, Eugênio Vilaça. Uma Agenda Para Saúde.p.10

Para facilitar o acesso dos municípios e das unidades federadas ao sistema de saúde surgiu o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Esse Sistema começou a colocar em prática a Reforma Sanitária tão discutida e pouco praticada no país. Enquanto as AIS,s representaram um movimento de estímulo à municipalização, o SUDS, representou uma re-centralização nas mãos das secretárias estaduais de saúde.²²

A Constituição de 1988 estabeleceu a ampliação do conceito de saúde e o vinculou às políticas sociais e econômicas. A assistência passou a ser concebida de forma igualitária e integral, seja ela preventiva ou curativa. Com isso a saúde pública passou a ser vista como Direito Universal.

Concomitantemente a implantação do SUS outras importantes decisões foram tomadas. Assim as CNS tornaram-se sistemáticas com a previsão de instalação a cada quatro anos. Além disso, ocorreu a ampliação da participação da população nas decisões das CNS, que passaram a contar com segmentos sociais. Essas Conferências passaram a definir diretrizes para formulação de políticas de saúde nas respectivas esferas de governo.²³

A ampliação das CNS não foi uma doação do Estado brasileiro. Ela ocorreu em razão de mobilizações que aconteciam na sociedade desde o final da década de 1970. Tais mobilizações foram estimuladas pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) – que tinha como propósito a defesa da democracia, por meio da garantia de um espaço de discussão e divulgação do Movimento Sanitarista. Foi o CEBES que deu início a mobilização social em torno da saúde e originou o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB).

Esse movimento, amplamente difundido no Departamento de Medicina Preventiva e no Curso de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), foi o “indutor” da VIII Conferência Nacional de Saúde. Suas discussões foram absorvidas pela Constituição de 1988. Esta Conferência foi primordial para a criação

²² MENDES, Eugênio Vilaça. *Uma Agenda Para Saúde*. p 17.

²³ CORDONI JÚNIOR, Luiz; PAULUS JÚNIOR, Aylton. *Políticas Públicas de Saúde no Brasil*. P.17

do SUS, pois indicou que a municipalização da saúde era vital para a implantação de um sistema de saúde de qualidade.

Tratar do surgimento dos Institutos Nacionais de Saúde no Brasil exige que façamos uma análise histórica que os acompanhou, atentado para a relação delicada entre a evolução histórica das políticas sociais em geral – e, em particular, das políticas da saúde – e a estrutura político-social e econômica do país.

Além disso, é necessário compreender a lógica desse processo intimamente ligada ao desenvolvimento do capitalismo na esfera mundial. Nesse sentido, é importante perceber que a posição secundária que a saúde ocupa no cenário político brasileiro está diretamente relacionada a não prioridade do Capital às questões sociais. Num Estado organizado em torno dos interesses do capitalismo, a saúde só ganha destaque em momentos de crise, sejam eles de cunho sanitário-curativo – quando surgem as endemias, epidemias e as tragédias – sejam eles no momento em que se discute o destino dos recursos.

Outro ponto importante nesta discussão são as perspectivas do Estado quanto às áreas de atuação. A falta de clareza das competências e atribuições faz com que em diferentes momentos da nossa história, Saúde e Previdência Social sejam confundidas. De modo idêntico também não existe clareza sobre a dualidade entre medicina preventiva e curativa.

Podemos afirmar que os institutos Nacionais de Saúde no Brasil tiveram uma importante representação na implementação de ações voltadas à universalização do sistema de saúde pública. O Estado brasileiro tem apresentado alternativas para o atendimento das reivindicações de uma parte da sociedade que clama por saúde universal.

Entretanto, a fragilidade destes institutos esteve ligada intrinsecamente as estruturas políticas administrativas. Na Primeira República as CAPs. apresentavam tensões na relação empregado-empregador, o Estado reconhecia, mas não detinha nenhuma responsabilidade sobre o sistema. Com instauração do Estado Novo, O Governo passou

assessorar e controlar o setor saúde, que passou a fazer parte da área de abrangência dos institutos, o trabalhador deveria estar sob regulamentação das Leis trabalhistas e possuir a carteira assinada. Esta perspectiva foi ratificada com o INPS.

Um salto grande

Capítulo 2: O Instituto de Previdência Social e a Centralização da saúde e previdência.

A previdência social no Brasil sofreu mudanças constantes nos mais diversos períodos da história. A LOPS, criada na década de 1960, foi muito importante no processo de consolidação da previdência social na medida em que uniformizou os direitos de utilização da assistência médica e unificou o Sistema Previdenciário.

A III CNS, realizada em 1963, apresentou críticas contundentes ao modelo de assistência médica existente até então no país. Esse modelo se caracterizava por voltar-se prioritariamente ao atendimento médico da população nos casos coletivos (endemias, epidemias, etc.). Nessa Conferência veio à tona a necessidade de universalizar o atendimento à população, modificando a lógica da prestação do serviço e envolvendo os municípios nos serviços de saúde.

Segundo RIZOTTI, até a década de 1960, o padrão de atendimento médico à população era exclusivo aos setores sociais com vínculos corporativistas e ligados diretamente ao mercado de trabalho. O cidadão só poderia ter acesso ao atendimento médico e previdenciário se tivesse um vínculo empregatício registrado oficialmente. Esse padrão mostrava fragilidade, pois reproduzia um *traço eminente da desigualdade social na criação e expansão dos direitos sociais adquiridos pela classe trabalhadora*.²⁴

A aprovação da Lei Orgânica da Previdência²⁵, em 28 agosto de 1960, uniformizou as regras de atendimento à população, ainda que mantivesse a organização institucional segmentada.²⁶ Criada para sistematizar as diretrizes das instituições previdenciárias, a LOPS norteou a unificação dos IAP's. Isso significa que todos os institutos ligados à categorias profissionais foram unificados, mas quem não tivesse registro oficial em categoria profissional não poderia ter atendimento.

²⁴ RIZOTTI, Maria Luiza do Amaral. A Construção do Sistema de Proteção Social no Brasil.p. 23

²⁵ Lei de nº. 3807, regulamentada pelo Decreto nº. 48959 em setembro de 1960.

²⁶ MERCADANTE. Otávio Azevedo. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil.p. 232.

Paralelamente a idéia de unificação dos institutos, no governo de Costa e Silva – em plena vigência do Regime Militar – o Ministério da Saúde instituiu o Plano Nacional de Saúde (PNS). A meta desse plano era modificar o sistema de saúde do país, privatizando a rede pública de saúde, com a adoção do preceito de livre escolha pelo paciente do profissional e do hospital de sua preferência. O PNS provocou muitas reações e acabou sendo cancelado.

Um aspecto importante a ser ressaltado durante o período militar era a preocupação em legalizar as políticas implementadas. Assim, a Constituição de 1967²⁷ procurou legalizar o Regime autoritário instalado desde 1964. Na área da saúde, particularmente, essa Carta consolidou propostas discutidas anteriormente. Entre a ascensão dos militares ao poder, em 1964, e a aprovação da Constituição de 1967, constatou-se um padrão de intervenção estatal nas políticas sociais.

Nesse padrão alguns elementos se destacavam: a centralidade política; o financiamento da iniciativa privada; a centralização das institucionais antes pulverizadas; a privatização de políticas estatais e, finalmente, o fortalecimento da burocracia. É a partir desse padrão que podemos entender o surgimento do INPS.

Segundo SILVA, a criação do INPS está diretamente vinculada a necessidade do Estado Militar concentrar as políticas de assistência médica previdenciária, e de assistência social. Tal unificação estava prevista desde os anos 1960, porém só foi efetivada, segundo POLIGNANO, em 2 de janeiro de 1967, com a implantação do INPS. Esse órgão foi criado a partir da fusão de outros órgãos, a saber: os seis principais Institutos de Aposentadorias e Pensões; o SAMDU e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social.²⁸

²⁷ A Constituição de 1967 entrou em vigor em 15 de março de 1967.

²⁸ POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das Políticas de Saúde no Brasil. P. 14.

O INPS, regulamentado pela Constituição de 1967, consolidou e unificou o sistema de saúde e previdenciário. Esse órgão criou uma estrutura clara e inconfundível para a Previdência Social e para a saúde no Brasil. Porém é necessário destacar a vinculação da lógica do INPS com os interesses de capital nacional e estrangeiro. Isso fica evidenciado na própria estrutura do sistema de saúde que assumiu um modelo de saúde médico assistencial privatista.

Ao criar o INPS o Estado explicitava o objetivo principal de corrigir os inconvenientes da segmentação institucional e, com isso, aumentar a eficiência do sistema de saúde.²⁹ Entretanto, com a criação do INPS o Estado brasileiro aumentou o seu poder de controle, centralizando o sistema de seguridade social.

A unificação dos grandes institutos de saúde – que passaram para a responsabilidade do Governo Federal –, segundo MACCALOZ³⁰, permitiu que o governo pudesse de certa forma se apossar de recursos da elite para repassá-los ao conjunto da sociedade por meio dos investimentos na saúde.

Ao unificar o sistema previdenciário, o governo militar se viu na obrigação de incorporar benefícios já instituídos pelos institutos de aposentadorias e pensões. Além disso, a assistência Médica, já oferecida pelos IAP's – alguns já possuidores de serviços e hospitais próprios – tinha que ser mantida³¹.

Assim, com a fusão dos institutos alguns benefícios foram absorvidos, outros excluídos. A fusão acarretou o aumento do número de contribuintes e de beneficiários, tornando-se impossível o atendimento de toda a demanda, o que obrigou o Estado a ampliar o sistema de saúde. Dessa forma, convênios e contratos surgiram em todo Brasil, estimulando também o consumo de medicamentos e de equipamentos médico hospitalares.

²⁹ MERCADANTE, Otávio de Azevedo. Evolução das políticas e do sistema de saúde . p. 240.

³⁰ MACCALOZ, Salete Maria Polita. O século da (im)previdência. p.13

³¹ POLIGNANO, Marcus Vinícius. Histórias das Políticas de Saúde no Brasil. P.32

O INPS surgiu no momento em que a Previdência dava sinais de cansaço e a assistência médica estava sobrecarregada com a alta demanda de procura e o sistema de saúde não conseguia definir papéis e assim seu funcionamento, mesmo rentável para o estado, era precário.

Os institutos que formaram o INPS transferiram não só suas políticas de atendimento, mas também um legado negativo dos seus problemas de funcionamento. O INPS tinha três fontes de receita: a Receita Tributária (advinda dos empregados empregadores); as transferências correntes (era a parte destinada do governo para o setor) e a Receita Imobiliária (recursos arrecadados com o patrimônio da Previdência).

O INPS deveria regular os seus gastos a partir desses recursos. A estrutura de funcionamento estava assegurada ainda que de forma precária. Isso porque o surgimento do órgão provocou um aumento considerável dos recursos arrecadados pela União, mas também proporcionou discussões em torno do tipo de assistência-médica e/ou previdencial que era ofertado à população e o que deveria passar a prevalecer.

A política privatista do INPS evidenciou a assistência médica como característica individual, o que ampliou a demanda por hospitais e ambulatórios.

Discutir como o estado definiu suas práticas políticas em relação à centralidade da saúde, a separação da Saúde e previdência, fez-se necessário tomar por período referencial a década de 1960.

As deliberações estabelecidas pela Carta Magna de 1967 explicitaram as reais competências da União, no que se diz respeito à administração do setor saúde. Entre essas competências, destacaram-se: a formação de profissionais na área de Saúde Pública, a regulamentação e o funcionamento da área de saúde das universidades públicas como base de formação dos recursos humanos no setor.

Os institutos INPS, SINPAS e INAMPS, criados como órgãos de reestruturação das políticas e ações da saúde e previdência, assessorados por planos e conferências nacionais de saúde, resultados de políticas administrativas complexas e reformas sanitárias, procuraram centralizar a saúde e previdência e ao mesmo tempo capacitá-las como estruturas políticas auto-suficientes através dos seus Ministérios.

Pelo exposto fica claro que a criação INPS, unificando os serviços de saúde e previdência em todo o país, foi um marco para a História dessa área de atividade. Todavia, não se constituiu num marco definitivo. Isso porque, inovações continuaram a acontecer. Nesse sentido, um importante fato a destacar é a desvinculação, ocorrida em 1974, do Sistema Previdenciário, do Ministério do Trabalho e do Ministério da Previdência e Assistência Médica Social. Essas estruturas permitiram que fossem tomadas algumas deliberações políticas voltadas a saúde, buscando suprir carências do setor.

Ainda em 1974 foi criado o Plano de Pronta Ação (PPA) que tinha por objetivo criar as condições para que acontecesse uma universalização parcial da Previdência Social³². O PPA trazia como principal inovação a determinação para que todos tivessem atendimento emergencial, independentemente de serem segurados ou dependentes da previdência. Era a primeira vez na história brasileira que a previdência social usava os seus recursos para o atendimento universal.³³ Assim, mesmo aqueles que não contribuíam com a previdência poderiam ser por ela atendidos nos casos de emergência.

Em 17 de julho de 1975 foi implementada a Lei de N°. 6.229/75 que regulamentava o Sistema Nacional de Saúde, mesmo que de fato ele não existisse. A Lei estabelecia diretrizes para a organização do Sistema Nacional de Saúde e o definia

³² Nos referimos a previdência, mesmo tratando da questão de saúde, pois as duas áreas permaneciam vinculadas.

³³ MERCADANTE, Otávio de Azevedo. Evolução das políticas e do sistema de saúde. p.242

como possuidor de dois campos institucionais: um composto pelo Ministério da Saúde (com caráter eminentemente normativo, tendo como objetivo adotar medidas que favorecessem o atendimento de interesses coletivos. Incluí-se a vigilância Sanitária); outro composto pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (voltado exclusivamente para o atendimento médico-assistencial individualizado).

À disposição destes órgãos ficaram todas as políticas e ações destinadas à previdência e à saúde. A saúde pública tornava-se um direito de todos, mas a assistência médica individualizada permanecia como direito apenas para trabalhadores contribuintes. Isso mostra a limitação na assistência dada à população e, ao mesmo tempo, uma concepção de cidadania restrita a alguns direitos.

Durante os últimos anos da década de 1970, as políticas de saúde buscavam uma centralidade da saúde pública. O próprio Ministério da Saúde reconhecia que o Estado deveria instaurar responsabilidades nas diversas esferas governamentais. Nesse contexto o governo se mostrava conhecedor do papel dos municípios na organização de uma estrutura de serviços básicos de saúde.

Em 1977 um novo passo foi dado rumo à universalização – pelo menos no âmbito formal – do sistema de saúde brasileiro: o aparecimento do Instituto de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS)³⁴. Esse órgão surgiu juridicamente como uma autarquia vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e tinha entre as suas finalidades as seguintes atribuições: conceder e manter benefícios e prestação de serviços; custear atividades e programas ligados à previdência; gerir administrativa, financeira e patrimonialmente os recursos da previdência.

O INAMPS tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde a seus associados. Para tanto construiu grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, bem como contratou serviços privados nos grandes centros urbanos – espaço

³⁴ O INAMPS teve por base a LOPS de nº. 6.439, de janeiro de 1977.

de concentração da maioria de seus beneficiários. Todavia, a assistência só dava cobertura aos associados do próprio instituto, o que descartava a possibilidade de uma assistência de caráter universal.

Na época da criação do INAMPS os recursos direcionados à saúde eram proporcionais aos arrecadados. Assim, o Estado arrecadava os impostos previdenciários e eram esses os únicos recursos do setor. Isso significa que quanto mais desenvolvida economicamente fosse a região, valores maiores de recursos teria para administrar. A alta concentração de trabalhadores urbanos no eixo sul/sudeste favorecia que as Superintendências Regionais daquelas regiões tivessem orçamentos mais generosos.

Diante disso podemos concluir que a assistência à saúde nas regiões Sul e Sudeste, recebia uma porcentagem alta de recursos – uma vez que possuíam uma demanda elevada de trabalhadores urbanos, sendo assim uma alta concentração de beneficiários.

O financiamento da Previdência entrou em crise na metade dos anos 1970, obrigando o INAMPS a adotar políticas de contenção de gastos. Uma das primeiras medidas adotadas foi comprar serviços ao setor público. Assim, as unidades de saúde das secretarias Estaduais e Municipais – por meio de convênios – prestariam serviços aos segurados e o INAMPS pagaria pelo serviço.

Na visão dos gestores, esse pagamento feito pelo INAMPS às unidades que prestassem o serviço possibilitaria um olhar mais atento sobre os recursos. Com estas medidas o INAMPS evidencia que esta assistência seria de uso exclusivo de seus beneficiários, portanto preservava um caráter de universalidade da sua clientela.

No início dos anos 1980, a partir da VII CNS, foi estabelecido um programa racionalizador, sob o comando o INAMPS, com o objetivo de viabilizar o desempenho

eficiente do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).³⁵ Esse Programa reconhecia o aumento do grau de complexidade para classificar e tratar as doenças de uma comunidade à medida que crescia o seu grau de desenvolvimento.³⁶

Esse programa estava voltado à assistência primária, mas não se efetivou inicialmente tanto em razão da crise econômica que afetava a previdência, quanto pela própria organização falha do INAMPS.

Em 1982 o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária criou o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social. Esse plano tinha por objetivo racionalizar as ações da saúde, atuando na contenção dos gastos (principalmente hospitalares dos serviços contratados através do SAMHPS) e no aproveitamento da capacidade dos serviços ambulatoriais públicos.

Ainda no ano de 1982 – como consequência do Plano do CONASP – foram feitos convênios que envolviam de forma intrínseca os Ministérios da Previdência Social, da Saúde e Secretarias estaduais de Saúde. Esses convênios foram substituídos pela AIS, que tinham por objetivo a universalização da acessibilidade da população aos serviços de saúde.

*A proposta das AIS abriu possibilidade de participação dos Estado e principalmente dos municípios na política nacional de saúde.*³⁷ A implantação das AIS determinou, segundo COHN e ELIAS, *um passo inicial para o processo de descentralização na saúde.*

Essas ações incorporaram os serviços estaduais e municipais de saúde ao INAMPS, integrando assim todas as esferas do governo em estruturas interligadas por meio de uma legislação própria do setor de saúde.

³⁵ O PIASS foi aprovado pelo Decreto de Nº.76.307 de 24/08/1976

³⁶ MERCADANTE, Otávio de Azevedo. *Evolução das Políticas Públicas e do Sistema de Saúde no Brasil*.p.244.

³⁷ COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. *Saúde Pública no Brasil: Políticas e organizações dos serviços*. p 41

Faltou o relatório da 8ª Conferência

pegar o conceito de saúde -

As AIS representaram um movimento de estímulo à municipalização e a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

No ano de 1986 a VIII CNS propôs que o Estado brasileiro adotasse como princípio o Direito Universal à saúde. Essa proposição estimulou acaloradas discussões durante o processo de elaboração da Constituição Federal de 1988.

A saúde (entendida como uma situação de bem estar funcional do corpo, da mente e do ambiente que cerca os indivíduos) demorou a se fazer presente no Brasil. Esse conceito só foi gradativamente sendo incorporado pelo Estado e expresso nas políticas sociais e econômicas. À medida que foi acontecendo essa incorporação a assistência (preventiva ou curativa) foi passando a ser concebida de forma integral.

O processo de centralização da saúde foi muito lento e complexo, pois estava incrustado de referências e estruturas que por si só não permitiam o funcionamento de serviços, de políticas e do próprio direito a saúde.

Pelo menos no âmbito do discurso, as políticas públicas em desenvolvimento no Brasil no período de 1964 a 1980 se caracterizaram, por um lado, pela progressiva centralidade de serviços médicos e, por outro, pela necessidade de por em prática a teoria de uma assistência médica universal e séria. Assim, no período em destaque foi se consolidando um discurso de que o cidadão deveria ser atendido por um sistema funcional e que tratasse com a mesma qualidade os problemas oriundos tanto da área urbana, quanto da área rural.

Para os institutos nacionais de saúde, temos por características principais o princípio de centralização, e ao mesmo tempo de separação entre saúde e previdência, dois modelos de políticas públicas, complexos e extremamente necessários ao bem estar social de um povo.

→ a 8ª Conferência avança em relação à OMS.
→ o Procurador Pize de Conselho Nacional de Saúde referiu o conceito de saúde da 8ª conferência.

O INAMPS tentou uniformizar a hierarquização dos serviços, bem como redefinir as práticas de atuação e utilidade dos serviços médicos e/ou assistenciais.

Ao longo da história do nosso país, destacadamente no século XX, tivemos inúmeras propostas de políticas públicas delineadas para a saúde.

Já no final dos anos 80, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social aproximou ainda mais a idéia de cobertura universal do atendimento quando este extinguiu a exigência do uso da Carteira do Segurado, para o atendimento nos hospitais próprios da rede pública.

Em linhas gerais pode-se afirmar que o Estado brasileiro, durante o Regime Militar, tentou estruturar a saúde como uma forma de mostrar sua política desenvolvimentista e repressora. Assim, desenvolvia uma política de saúde centralizada, autoritária e ancorada em insistentes reformas e Atos Institucionais. Contra essa situação a sociedade civil passou a esboçar reações a partir de meados da década de 1970 quando surgiram movimentos que trataram de mostrar esse descontentamento.

O *Movimento Sanitário* foi dos focos de resistência contra as políticas de saúde desenvolvidas nos governos militares. Esse movimento, que surgiu na década de 1970, elaborou estudos sobre o sistema de saúde do país e propôs que as responsabilidades da manutenção dos hospitais fossem de competência da Rede Básica.

A partir do Movimento Sanitário três conceitos se fortaleceram: saúde, previdência e assistência médica. Saúde entendida como uma situação de bem estar funcional do corpo, da mente e do ambiente que cerca os indivíduos; previdência caracterizada pelas ações e benefícios oferecidos aos indivíduos; e assistência médica compreendida como um conjunto de ações capazes de oferecer melhorias ao ambiente do indivíduo bem como restaurar o seu bem estar funcional.

Capítulo 3: O Sistema Único de Saúde e a separação entre Saúde e Previdência.

CPMF II

A Constituição promulgada em 5 de outubro de 1988, trouxe uma transformação radical no sistema de saúde brasileiro. Isso porque, reconheceu a saúde como um direito social e estabeleceu uma nova lógica para as ações a serem desenvolvidas pelo Estado no setor da saúde. Nesse sentido, a Constituição deliberou que saúde é um direito de todos e dever do Estado, que deve garantir tanto a redução do risco de doenças (tal qual estabelece o Art. 196), quanto o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para recuperar a saúde (Art. 198).

A partir da Constituição de 1988, o Governo tratou da implantação do SUS e criou o Orçamento da Seguridade Social. A partir daí foram instituídas contribuições orçamentárias fixas para serem destinadas à saúde. Esse modelo configurava exatamente um padrão de sistema de Saúde nos princípios constitucionais da Universalidade, equidade e integralidade da assistência, e as diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde.

O SUS³⁷ incluiu entre os princípios a Igualdade da assistência, sem preconceito ou privilégios de qualquer espécie e *garantiu a gratuidade da atenção de modo a proibir que o acesso aos serviços fossem dificultados por uma barreira econômica além das já existentes*³⁸.

O SUS foi instituído numa lógica diferente do que era o INAMPS, buscava dar um caráter universal ao atendimento de saúde. Isso era totalmente diferente do INAMPS que atendia apenas seus beneficiários/contribuintes e era organizado na lógica de uma política federativa, composta pelas três esferas administrativas: União, Estados e Municípios.

O INAMPS ERA EXCLUSIVAMENTE LOCAL

³⁷ O SUS foi regulamentado pela Lei de Nº. 8080/90 em 1990.

³⁸ MERCADANTE, Otávio de Azevedo, *Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil*. P. 250

Os municípios têm influência

A garantia da saúde como um direito de todos e dever do Estado trouxe problemas e desafios para o sistema de saúde e previdenciário. Assim, o Brasil passaria a ter, por obrigação, o atendimento de todas as demandas dos problemas urbanos e rurais no tocante à saúde. Essa obrigação só seria cumprida com a ação de um ~~instituto~~ ^{SISTEMA} de saúde público, único e universal.

O SUS almejava o controle único ^{em nível federal} ~~de todas as esferas do governo~~, sob o comando do Ministério da Saúde, ele começou a ser implantado ainda em meados da década de 80, quando o Estado brasileiro discutia as deliberações da CNS. ^{ficando}

A implantação do SUS enfrentou dois descompassos gerenciais: O primeiro se refere à necessidade de adotar uma política pública de saúde de cunho universalista e, ao mesmo tempo, conviver com uma proposta de reforma do Estado que defendia a redução dos custos. O segundo descompasso é a necessidade de descentralizar o sistema de saúde (garantindo autonomia para as diferentes esferas do executivo: União, Estados e Municípios) e, ao mesmo tempo, interligar as redes de atendimento.

Para superar esses descompassos o Ministério da Saúde – responsável pelo ^{COMANDO NACIONAL DO SUS} controle do SUS – organizou atribuições nas diferentes esferas administrativas e delegou funções para cada instância. Assim, as Secretarias estaduais de ^{saúde} ~~planejamento~~ ficariam encarregadas da programação e da organização de uma rede estadual e hierarquizadas capaz de fazer funcionar a base do setor de saúde. Sob o comando dos estados ficou o planejamento, a organização, o controle e a avaliação das ações, cabendo inclusive a gestão de bancos de sangue e dos centros de laboratórios. Aos Municípios cabia o tratamento da gestão e a execução das ações e serviços públicos. ^{de}

^{serviços de alta complexidade} ^{saúde de nível básico e secundário} A participação da sociedade civil no processo de implantação do SUS, foi uma das mais importantes inovações introduzidas no processo de elaboração da Constituição de 1988. Essa participação possibilitou a criação de diversos mecanismos

de articulação entre as esferas de governo e instâncias da sociedade civil. Assim, os Conselhos Nacionais e as Conferências Nacionais de Saúde (inclusive as estaduais e municipais) tiveram grande participação da população.

Uma das dificuldades do SUS foi o seu alto grau de complexidade. O Estado tinha que administrar a descentralização do financiamento público da saúde, mas os recursos estavam concentrados na União, oriundos da arrecadação de empregados e empregadores sobre a folha de salários.

Até 1993 a contribuição de empregados e empregadores era a fonte absoluta desse financiamento. Em 1994 essa contribuição destinou-se apenas aos pagamentos de encargos na Previdência Social, o que acarretou dificuldades enormes para o financiamento da saúde. Essas dificuldades possibilitaram o aparecimento do Fundo Social de Emergência (FSE), que passou a ser conhecido como Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e tinham o nítido objetivo de prover o financiamento de recursos federais para a saúde.

Desde o início da instalação do SUS, em 1990, a questão do financiamento tem sido crucial. Antes do SUS o INAMPS contava com um total de 90 milhões de segurados e prestava assistência médica e previdenciária a essa população. Após o SUS, essa mesma estrutura teve que prestar assistência para mais de 160 milhões de pessoas, ou seja, o Estado modificou a política de atendimento, mas não adotou nenhuma melhoria no sistema. Em 1993, em razão de uma crise financeira, os recursos oriundos da contribuição dos empregados e empregadores sobre a folha de pagamento, deixaram de ser repassados ao Ministério da Saúde, o que mostrava que o SUS tinha inúmeras dificuldades.

A criação de órgãos (como o FSE e o FEF) e de impostos, como a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) – criada em 1996 –,

foram alternativas adotadas para minimizar a situação. Porém no decorrer dos anos houve deturpação nos fins dos programas e impostos. A CPMF, por exemplo, deixou de ser restrito á saúde (ainda que permaneça sendo a contribuição mais significativa para este setor).

O SUS ^{tem} tinha por princípios básicos a universalização, a hierarquização e a equidade. A forma de organização destes princípios mostra o SUS como um sistema completo, porém quando se faz uma análise de cada um desses princípios percebe-se uma distorção entre a política traçada e a prática executada. Essa distorção se agravou mais ainda com a progressiva desativação de equipamentos federais e estaduais da área da saúde, em nome da economia de recursos do tesouro.³⁹

O SUS é o produto mais bem elaborado e democrático dos anos 1980 e do enfrentamento da centralização do Sistema de Saúde. Convém lembrar que de 1964 a 1988 a burocracia do Governo federal se dizia eficiente no gerenciamento dos recursos centralizados.

Para entender o processo de descentralização da saúde, ocorrido na década de 1980, é preciso considerar o forte espírito de autonomia que estava presente na Constituição Federal de 1988. Tal espírito estava sintonizado pelo próprio momento histórico vivido pelo país no processo de elaboração. Nesse sentido, é interessante observar o processo crítico da sociedade em relação aos excessos de centralização que haviam caracterizado o período governado pelos militares.

Isso nos permite concluir que as políticas administrativas utilizadas para a saúde no Brasil foram descentralizadas, porém o repasse das verbas para execução de propostas não foi. Em 1993 o Governo Federal conseguiu reforçar o seu controle sobre o Sistema de Saúde por meio de atos administrativos. Para tanto ocorreu a implantação

³⁹ TREVISSAN, Leonardo Nelmi e JUNQUEIRA, Antonio Prates. Construindo o Pacto no SUS: da centralização à gestão em rede. p. 897.

da Norma Operacional Básica⁴⁰ do SUS do ano de 1990, que marcou os primeiros avanços para a descentralização administrativa da saúde. Assim, pode-se afirmar que a partir dos primeiros momentos de implantação do SUS já se consolidou o exercício da descentralização.

O processo de implantação do SUS deu prioridade ao conceito de assistência, o que não poderia ser de outra forma, considerando-se que o SUS foi instaurado sobre a estrutura organizacional do INPS e que este era um modelo que tinha por núcleo de atendimento o hospital e que dentre outras diretrizes estava a sua vinculação tão acirrada no princípio de convênio.

No decorrer dos anos 1990 iniciou-se um processo de construção de uma estrutura voltada para o conceito de rede, que norteou a implantação do SUS. O conceito de rede foi extremamente importante para as atividades que englobavam as mais recentes políticas públicas. Pelo conceito de rede era necessário estabelecer a relação entre planejamento e participação, o que nunca havia sido prioridade no Brasil. Entretanto, graças à noção de rede, a implantação do SUS estimulou a participação da sociedade civil nos conselhos deliberativos e nos locais de saúde.

A construção de um modelo de saúde fundamentado, por um lado, nas demandas e necessidades da sociedade e, por outro, nos serviços de promoção e recuperação da saúde passaram a se fazer presentes. Foi seguindo esse espírito que a Constituição Federal de 1988 e a LOS efetivaram as bases do movimento da Reforma Sanitária, levando em consideração as realidades e particularidades de cada uma das regiões brasileiras.

Nessa lógica, o sistema de saúde brasileiro apoiou-se na estratégia da descentralização. Sendo assim, as aspirações da sociedade civil por um atendimento

⁴⁰ A Norma Operacional Básica é a portaria do Governo Federal que define objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização e de relações entre as esferas do governo

médico assistencial - mediante uma extensão maior do tempo e do acesso a saúde de boa qualidade - passaram a se efetivar em diferentes lugares, contando com a participação da sociedade civil.

Todavia, considerando as diversidades existentes no Brasil tornou-se difícil para o SUS criar um padrão nacional de saúde. Nesse sentido, é importante considerar as particularidades de cada sociedade no seu desenvolvimento, sobretudo no que diz respeito ao acesso e utilização de novas tecnologias. Isso porque, as novas tecnologias influenciam decisivamente na qualidade dos serviços prestados e que o SUS está em processo de aperfeiçoamento constante.

O Ministério da Saúde, preocupado com as diferenças entre as regiões e municípios brasileiros, criou formas para descentralizar a prestação dos serviços públicos de saúde. Assim o MS direcionou responsabilidades diferenciadas aos mais diversos municípios. *Conforme sua capacidade de gestão e prestação de serviços*

No que concerne à proposta de atuação e estruturação do SUS, pode-se evidenciar o quanto esse processo foi lento. Todavia, em termos de legislação, desde o início da discussão que envia sua implantação, as coisas foram bem definidas.

Nesse sentido, na década de 1990, a LOS *o fomento* foi a responsável por deliberar sobre as estruturas de funcionamento dos serviços de saúde, bem como sobre o conjunto de ações a serem prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais da administração direta ou indireta, além das fundações mantidas pelo poder público.

A LOS ainda dispõe sobre a participação da comunidade nas gestões do SUS, a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde (órgãos compostos paritamente de caráter absoluto e deliberativo) e nas Conferências Nacionais de Saúde das três esferas do governo.

A Lei Complementar que instituiu, em caráter permanente, o Conselho Municipal de Saúde como órgão deliberativo do SUS, estabeleceu que o Conselho Municipal de saúde deve acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde prestados à população pelos órgãos e entidades privadas integrantes do SUS no município.

As CNS, em especial a ~~VIII~~ VII^e e IX, tiveram importante papel na estruturação da proposta do SUS. Considera-se, essa importância, destacadamente, no processo de descentralização da administração dos serviços de saúde e no estímulo a participação da sociedade civil no encaminhamento das conferências.

Foi a VII^e CNS quem propôs que as diretrizes – mais tarde efetivada por meio da CF – realizadas durante a Conferência fossem transformadas nos princípios básicos do SUS. Assim, as ações integradas de saúde deveriam superar o preventivo-curativo e a regionalização hierárquica dos serviços oferecidos.

A IX CNS aprovou a extinção do INAMPS e do FNS, indicando que os recursos usados nesses órgãos e programas fossem repassados para o Estado e os Municípios. O encaminhamento era que, especialmente, as Unidades de Serviços (rede física, equipamentos, serviços e recursos humanos) fossem privilegiadas na distribuição dos montantes. No documento que surgiu da Conferência está explicitado que o gerenciamento dos recursos deveria ser feito, a partir daquele momento, pela estrutura descentralizada do SUS.

O relatório final da IX CNS destacou que o modelo assistencial deveria ser construído sobre uma base epidemiológica onde garantisse à população, dentro de um sistema de complexidade crescente, que as expectativas e necessidades seriam incorporadas ao sistema de saúde vigente.

Com a implantação do SUS a sociedade passou a ter mais controle sobre os recursos destinados à saúde e exercer poder nas decisões. Assim, decidindo e

fiscalizando onde serão aplicados os recursos, o SUS passou a encontrar seus rumos. Estas deliberações possibilitaram o surgimento dos seguintes órgãos: Conselhos de Saúde no âmbito distrital, (CLIS); os CMS, CES e CNS.

Segundo PAIM⁴¹, o SUS é um conjunto de ações e serviços públicos complementados por instituições privadas e organizados através de uma rede regionalizada e hierarquizada de estabelecimento de saúde. O SUS tem por legislação básica, as suas diretrizes e princípios.

Os princípios do SUS estão divididos em dois grupos: os finalísticos - Universalidade, Integralidade e Eqüidade - e os organizativos - Descentralização e Participação popular. O ponto central da descentralização é a definição de competências dos três níveis de governo (municipal, estadual e federal) e é enfatizada na forma de municipalização dos serviços de saúde. A organização desses princípios cabe aos Fundos de Saúde que é responsável pelos critérios e repasses de recursos financeiros e controle social, garantido pelas CNS e CS, que atuam como reguladores das políticas para o sistema de saúde.

⁴¹PAIM, Jairnilson Silva. Políticas de Saúde no Brasil. Saúde coletiva, p.30

CONCLUSÃO

Ao longo do texto deixamos evidente que a formação dos institutos nacionais de saúde, no Brasil, está intimamente ligada a estrutura política do país e a percepção de saúde reinante em momentos históricos diferentes. Dessa forma, identificamos que na Primeira República predominava uma concepção de saúde restrita ao modelo sanitarista, ou seja, a saúde pública voltada para atender necessidades específicas de determinados grupos que apresentavam problemas de caráter coletivo. Nesse caso incluíam-se as campanhas sanitárias, os programas especiais, as ações de vigilância sanitárias e epidemiológicas. Essas eram as referências de saúde e, como vimos, apresentavam limitações na atenção integral ao cidadão e na qualidade e equidade dos serviços ofertados. Ainda vimos, que nesse período surgiram as primeiras CAPs, iniciativa pioneira para formação de institutos. Apesar de considerar o caráter corporativo e limitador que essas instituições possuíam.

No governo Vargas as deliberações para saúde se articularam ao caráter trabalhista, nacionalista e desenvolvimentista desse governo. Nesse sentido, as CNS surgidas nesse período mostram a preocupação do estado com a criação de políticas nacionais de saúde. Foi nesse período que surgiram os IAPs, em substituição as antigas CAPs. Os IAPs mantiveram as estruturas corporativas.

EM 1953, com a criação do Ministério da Saúde, ocorreu uma primeira tentativa do Estado de atentar para as especificidades da saúde e da previdência. As sucessivas mudanças nas políticas públicas e nas legislações do Estado brasileiro permitiram a criação e sucessão de vários institutos com o objetivo de unificar, centralizar e universalizar a saúde pública. Com a previdência foi notada uma descentralização partindo do próprio Ministério da Previdência Social, quando permitiu

a privatização de alguns serviços e instaurou as inclusões de várias categorias dentre elas empregados doméstico e agricultores, permitindo a inclusão de uma grande quantidade de trabalhadores que pagavam contribuições, mas não tinham relações trabalhistas com nenhum órgão.

política

A Constituição de 1967 é a primeira que trata da saúde como ~~Direito de todos~~ ^{de} ~~estado~~. A partir dessa constituição surgiu o INPS, primeiro grande instituto de saúde e previdência do Brasil, que unificou os IAPs já existentes e buscou fornecer um atendimento para todo o país, ainda que restrito aos contribuintes.

O INPS surgiu em um momento de crise da Previdência, da assistência médica e do Sistema de Saúde. Convém lembrar que a estrutura administrativa do país estava regulamentada com relação as políticas públicas e ainda tinha dificuldade em definir saúde e previdência e quais suas reais competências.

No período de 1964 a 1980 as políticas de saúde brasileira valorizaram fortemente o atendimento hospitalar. Essa opção estava ligada a necessidade de atender ao trabalhador urbano, que necessitava de assistência a saúde para evitar interrupções longas no processo produtivo. Assim, surgiu o modelo privatista, caracterizado pelo atendimento individual ao doente e a assistência ambulatorial e hospitalar.

A Carta Magna de 1988, por um lado, definiu a saúde como uma situação de bem estar funcional do corpo, da mente e do ambiente e, por outro, estabeleceu ser obrigação do poder público atender a todos os cidadãos brasileiros nos casos individuais e coletivos de saúde. Nesse sentido, a promoção da saúde passou a fazer parte de um elenco de responsabilidades do Estado. Nesse período surgiu o SUS, que passou a contemplar a participação comunitária e a integralidade do sistema e emergiu para fortalecer a gestão descentralizada do sistema de saúde.

O IAP não era responsável pela saúde do trabalhador

com a criação do INPS, os trabalhadores perderam o controle sobre o sistema

Assim, podemos concluir que a saúde como direito de todos tem uma história de muitas lutas. Se hoje a luta é por vagas nos hospitais que atendem qualquer cidadão por meio do SUS, durante quase todo o século XX a luta foi pela simples assistência. Muitos passos irão ser trilhados, mas o caminho mais eficiente e democrático parece ser sempre o da participação.

Precisa de algo que feche o
 trabalho as características do sistema
 nos anos 80. Afe eufat o
 2º e 3º em discriminatório,
 verticalizar centralizar,
 com ações pontuais e
curativas.

de 1930 a 1980 tinha ...
 a proibição

- comando único por nível de
 governo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1986.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS: Tudo que você precisa saber sobre o sistema único de saúde**. São Paulo, 2001.

BRASIL. **Constituição, 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília; 1988.

BRASIL. **Constituição, 1967**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília; 1967.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde, 1941**. Rio de Janeiro; Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1941.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Participa SUS: Política nacional da gestão participativa para o SUS**. SP. Out.2004

BRASIL. Ministério da Saúde. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. **Seminário Internacional: Tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas**. São Paulo. Brasil. 11 a14 de setembro de 2002.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Políticas de saúde no Brasil**. [citado em 2007 Set 18] Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/serviço_social_saude/text1-5.pdf.

CORDONI JÚNIOR, Luiz; PAULUS JÚNIOR, Aylton. **Políticas públicas de saúde no Brasil**. Revista Espaço para saúde. Londrina, v. 8, n.1, p. 13-19, dez.2006.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde Pública no Brasil: políticas e organização dos serviços**. São Paulo: Cortez, 1996.

FGV/CPDOC, G C 340621 – **Arquivo Gustavo Capanema**.

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

HOCMAN, Gilberto. **Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil**. (1930 – 1945) [Citado 2007 Set. 06] Disponível em: <http://www.saude.gov.br>

LEMPECK, Isadora da Silva. **Evolução Histórica das políticas de saúde no Brasil: 1920-1990**. [Citada 2007 Agost. 23] Disponível em: <http://www.hosvert.org.br/enfermagem/port/polsaud.html>.

MACCALOZ, Salete Maria Polita. O século da (im)previdência. . [citado 2007 agosto 20] Disponível em: <http://www.saude.gov.br/ssad/ddag>.

MANSUR, Marília Coser. **O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990.** Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde. P.116. 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec; 1996. [citado 2007 agosto 9] Disponível em: <http://www.saude.gov.br/ssad/ddag>.

MERCADANTE, Otávio de Azevedo. (org) **Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil.** [Citado 2007 Agost. 21.] Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/serviço_social_saude.

NUNES, Tânia Celeste MATOS. **A especialização em saúde pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989.** [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1998.

PAIM, Jairnilson Silva. Políticas de Saúde no Brasil. Saúde Coletiva. [citado 2007 julho 11] Disponível em: <http://www.saude.gov.br/ssad/ddag>.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil.** Uma pequena revisão. Ministério da Saúde. s/d. 35 p.[Citado em 2007 Set 12] Disponível em: <http://www.saude.gov.br/ssad/ddag>.

SANTOS, Luís Antonio de Castro. **O Pensamento Sanitarista na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade.** Dados. Revista de Ciências Sociais, Rio Janeiro, v.28, p.193 – 210. 1995.

SILVA, Hudson Pacífico da. **SUS: A questão do financiamento nas propostas de universalização e descentralização da saúde.** UEC. Instituto de Economia. Campinas. 1996.

SOUZA, Cynthia Pereira. Saúde, educação e trabalho de crianças e jovens: a política social de Getúlio Vargas. In: Gomes, Ângela de Castro. (Org.). **Capanema: o ministro e seu ministério.** Rio de Janeiro: FGV, 2000.

REY, Luís. (org.) **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde.** Ed. Guanabara Koogan.1999.

RIZOTTI, Maria Luiza Amaral. **A construção do sistema de proteção social no Brasil:** [citado em 2007 Set 9] Disponível em: <http://www.saude.gov.br/ssad/ddag>.

SONIA FEEURY

MADREL LUIZ
